

DYSTOCIE TARDIVE
DES
PRÉSENTATIONS CÉPHALIQUES
CHEZ
LES MULTIPARES A BASSIN LIMITE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Mars 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Jacques LUTGEN

Né à Homécourt (M.-et-M.), le 1^{er} Janvier 1911

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FRUHINSHOLZ, professeur *Président*
FRÉLICH, professeur . . . }
VERMELIN, agrégé . . . } *Juges*
BODART, agrégé . . . }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A. TOLLARD
2-4, Rue de Maréville, 2-4
NANCY-LAXOU

1937

DYSTOCIE TARDIVE
DES
PRÉSENTATIONS CÉPHALIQUES
CHEZ
LES MULTIPARES A BASSIN LIMITE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Mars 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Jacques LUTGEN

Né à Homécourt (M.-et-M.), le 1^{er} Janvier 1911

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FRUHINSHOLZ, professeur *Président*
FRÉLICH, professeur . . . }
VERMELIN, agrégé . . . } *Juges*
BODART, agrégé . . . }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A. TOLLARD

2-4, Rue de Maréville, 2-4

NANCY-LAXOU

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I Q.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I Q; WEISS, O $\star$, I Q;

BOUIN, O $\star$, I Q; ANCEL, $\star$, I Q; GARNIER, $\star$, I Q;

MACÉ, $\star$, I Q; P. PARISOT, O $\star$, I Q; DUFOUR, $\star$, I Q;

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I Q.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I Q.
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH, $\star$, I Q.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements ..	M. A. FRUHINSHOLZ, O $\star$, I Q.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I Q.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I Q.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I Q.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I Q.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I Q.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I Q.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I Q.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I Q.
Hyg. ène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I Q.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I Q.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I Q.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, 3, $\star$, A Q.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I Q.
Bactériologie et parasitologie médicale ...	M. DE LAVERGNE, $\star$, I Q.
Thérapeutique	M. SIMONIN, I Q.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I Q;
	M. WATRIN, $\star$, I Q;
	M. BINET, $\star$, I Q.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses ..	M. ABEL, $\star$, I Q, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN I Q, prof.
Clinique gynécologique	M. DROUET, I Q, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I Q, prof sans chaire
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A Q, agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, $\star$, I Q, professeur.
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I Q, agrégé.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I Q, prof. sans chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I Q, agr. libre.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I Q, ch. du c, ag. lib.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I Q, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, I Q, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I Q, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I Q, agrégé.
Éducation physique (1)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A Q.
FLORENTIN, A Q.
BODART.
CHALNOT.
WOLFF, A Q.

MM. POURSINES.
MELNOTTE, O $\star$.
MUTEL, $\star$, I Q.
VERMELIN, $\star$, A Q.

MM. GUILLEMIN, A Q.
ABEL, $\star$, A Q.
DROUET, A Q.
SIMONIN, A Q.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I Q; S. RÉMY, I Q; BUSQUET, I Q.
BARTHÉLEMY, $\star$, I Q; LAMY, $\star$, I Q;
M. E. TRIBOLET, I Q, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A MA TANTE

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MES PARENTS ET AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur FRUHINSCHOLZ,

Professeur de Clinique Obstétricale et Accouchements,

Officier de la Légion d'Honneur,

Officier de l'Instruction Publique.

Nous lui exprimons notre respectueuse et profonde reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a prodigué, et pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A mes Juges,

Monsieur le Professeur FRÆLICH,
Professeur de Clinique Orthopédique
et Chirurgie infantile.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Professeur VERMELIN,
Chargé de Cours à la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction Publique.

*Auprès duquel j'ai toujours
trouvé encouragement et assis-
tance, et auquel je suis heureux
d'exprimer aujourd'hui toute ma
reconnaissance.*

Monsieur le Professeur BODARD.
Professeur agrégé de Chirurgie infantile

**A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX**

INTRODUCTION

Assez nombreux sont les cas de ces femmes à bassin rétréci « limite » qui, après avoir accouché normalement une première, une seconde ou même plusieurs fois de suite, ont brusquement, à l'occasion de gestations ultérieures, des accouchements excessivement pénibles, prolongés, et très souvent impossibles sans une intervention médico-chirurgicale.

Après avoir défini le bassin « limite » en le comparant aux dimensions du bassin normal et rappelé le mécanisme habituel de l'accouchement dans ce type de bassin, nous rechercherons les facteurs qui y font varier le résultat de l'accouchement.

Nous présenterons ensuite un certain nombre de cas de dystocie tardive chez des multipares à bassin limite, tous observés et traités au cours de ces dernières années à la Maternité Adolphe-Pinard, à Nancy, et nous nous efforcerons d'en dégager les traits caractéristiques.

Nous dirons enfin un mot de leur pronostic maternel et fœtal pour terminer par leur traitement qui, ainsi que nous le verrons, sera rarement prophylactique, mais consistera dans une prudente, donc brève, « épreuve de travail », l'accoucheur se tenant prêt à pratiquer une césarienne immédiate si cette épreuve se révèle impuissante à triompher de l'obstacle pelvien.

LE BASSIN LIMITE

Les causes qui retentissent sur la conformation du bassin peuvent être rangées sous trois chefs principaux :

1° Les unes frappent le bassin isolément, électivement, sans altérer l'intégrité des autres pièces du squelette. Telles sont les affections congénitales du bassin, qui créent un arrêt de développement total ou partiel des os qui le constituent. Telles sont aussi les lésions acquises et localisées dans la ceinture pelvienne, comme l'ostéo-arthrite sacro-iliaque, l'ostéomyélite de l'os coxal, les fractures et les tumeurs des os du bassin.

2° Les autres agissent sur le squelette tout entier. La déformation pelvienne n'est plus isolée, mais constitue une simple localisation d'une dystrophie osseuse à déterminations multiples. Ce cadre englobe le rachitisme, l'ostéomalacie, le nanisme, l'achondroplasie.

3° Le troisième et dernier groupe réunit les viciations pelviennes de cause indirecte. Elles apparaissent lorsque le bassin, primitivement indemne, se déforme, généralement sous l'influence de lésions squelettiques atteignant la colonne vertébrale ou les membres inférieurs, lésions capables d'altérer la statique et la plas-

tique normale du bassin. Dans ce groupe s'inscrivent les viciations pelviennes consécutives aux déviations rachidiennes et aux lésions des membres inférieurs.

En pratique obstétricale, le bassin limite courant se recrute surtout parmi trois types principaux de bassins rétrécis dont l'étiologie presque constante est le rachitisme.

- 1° Bassin canaliculé;
- 2° Bassin généralement rétréci;
- 3° Bassin rachitique aplati.

Dans le bassin canaliculé, sur toute sa hauteur l'excavation est transformée en un canal étroit, par disparition de la concavité normale du sacrum (sacrum redressé).

Le bassin généralement rétréci est, ainsi que son nom l'indique, réduit dans tous ses diamètres, mais la diminution de l'antéro-postérieur l'emporte souvent sur les autres : c'est pourquoi il mérite la dénomination de « bassin aplati et généralement rétréci ».

Depuis FOCHIER, l'Ecole lyonnaise en distingue deux variétés importantes : le bassin aplati et généralement rétréci avec bon arc antérieur, c'est-à-dire régulièrement circulaire, et le bassin aplati et généralement rétréci avec redressement de courbure de l'arc antérieur.

Dans le premier cas, c'est le bassin généralement rétréci par atrophie d'origine rachitique ayant, en outre, subi l'influence du poids du tronc, responsable

de l'aplatissement. Ce bassin, sur lequel l'action des contre-pressions fémorales n'a pu retentir, est encore un bassin dit de station assise. Il se caractérise par un arc antérieur régulier, mais de court rayon, comme dans la forme généralement rétrécie; un arc postérieur creusé de deux profonds sinus sacro-iliaques par suite de la saillie du promontoire dans l'aire du détroit supérieur. Cette projection de l'angle sacro-vertébral, dont l'importance traduit le degré d'aplatissement, peut, dans certains cas, s'exagérer en entraînant une réduction telle de l'antéro-postérieur que le bassin tend vers le type réniforme.

Dans le deuxième cas, le bassin se caractérise par une diminution de tous les diamètres, une réduction plus forte de l'antéro-postérieur à la suite de la projection du promontoire, qui peut atteindre un degré extrême, et un redressement de courbure de l'arc antérieur sous l'action des contre-pressions fémorales qui tendent à projeter vers le centre du bassin les régions cotyloïdiennes devenues déformables.

Le bassin rachitique aplati représente la forme commune du rachitisme pelvien; c'est lui que nous prendrons, dans notre étude, comme type de bassin rétréci limite. Il se caractérise par la réduction du seul diamètre antéro-postérieur avec intégrité ou parfois même agrandissement des autres diamètres. Comme conséquence de cet aplatissement d'avant en arrière, le diamètre transverse maximum tend à se superposer au transverse médian en lui apportant ses grandes dimensions; d'autre part, l'arc antérieur allongeant sa courbure acquiert un rayon agrandi. La valeur du rétré-

cissement antéro-postérieur oscille habituellement entre 1 et 2 cm. et demi.

Un bassin peut être peu rétréci et l'accouchement évolue sensiblement alors comme dans un bassin normal.

Il peut être très rétréci ou très déformé, à un degré tel que l'accouchement par voie basse devienne impossible.

La conduite à tenir est très simple pour ces deux cas : expectative pour le premier ; intervention pour le deuxième.

Il en va tout autrement pour les bassins dont le rétrécissement est dit « limite ». Quelle en est la définition ?

Anatomiquement, un bassin peut être considéré comme du type limite quand son diamètre promonto-sous-pubien est compris entre 9 cm. 5 et 10 cm. 5 (DES-NOYERS) ; mais interviennent également la hauteur du promontoire, la déformation pelvienne (annelé ou canaliculé, aplati ou généralement rétréci, asymétrique ou non, etc.).

Comme le bassin plat rachitique est le type le plus fréquent du bassin limite, la mensuration du diamètre promonto-pubien minimum permettra de donner une définition provisoire du bassin limite.

Pour BROUHA, le promonto-pubien minimum, compris entre 8 cm. 1/2 et 9 cm., correspond à celui du bassin limite.

Pour M. le Professeur FRUHINSHOLZ, les dimensions du bassin limite s'étendent entre 9 cm. 5 et 10 cm. 5 environ.

METZGER dit promonto-pubien minimum de 8 à 9 cm.; attendre l'épreuve du travail pour décider.

VORON donne : promonto-pubien minimum > 9 cm.; l'accouchement est spontané dans 80 % des cas; promonto-pubien minimum < 8 cm.; l'accouchement spontané est l'exception.

Entre 8 et 9 cm. se trouve le point critique; les cas compris entre 8 cm. 6 et 9 cm. doivent être rattachés au bassin de 9 cm., avec cependant moins d'accouchements spontanés. Ceux compris entre 8 cm. et 8 cm. 5 ne donnent un accouchement spontané que dans 10 % des cas.

DUBRISAY et JEANNIN donnent comme bassin limite un chiffre compris entre 8 cm. et 9 cm. 5.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE donnent 8 à 9 cm.

Ce diamètre est donc là un premier point de repère; mais il est insuffisant, car il faut tenir compte d'autres éléments que seulement la diminution du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

DEMELIN DEVRAIGNE donnent :

Promonto-pubien minimum > 9 cm. pour bassin aplati et généralement rétréci avec faux promontoires.

Promonto-pubien minimum > 8 cm. 5 pour ce même bassin sans faux promontoires.

Promonto-pubien minimum > 8 cm. pour bassin aplati simple.

VORON dit :

Les chances sont plus grandes pour le bassin aplati pur.

Les chances sont moins grandes pour le bassin aplati et généralement rétréci.

Les chances sont encore moins grandes pour le bassin généralement rétréci.

SELHEIM demande un minimum de 8 cm. 5 pour le bassin généralement rétréci et de 8 cm. pour le bassin aplati.

Dans la pratique, on peut définir les viciations pelviennes limites : les bassins dont le rétrécissement ou la déformation sont tels qu'ils permettent l'accouchement par voie basse dans 50 % des cas.

Cliniquement, il est très difficile, en présence d'un bassin, d'étayer le pronostic de l'accouchement et d'en déduire les indications thérapeutiques.

En effet, si les données anatomiques (forme du bassin, mensuration des diamètres) sont appréciables pendant la grossesse, un certain nombre d'éléments ne vont apparaître ou ne seront connus définitivement que pendant le travail. De cet ordre sont : le volume du fœtus, la présentation, le degré de la disproportion fœto-maternelle, la malléabilité de la tête fœtale, la valeur fonctionnelle de l'utérus, le moment de la rupture des membranes, etc., d'où un ensemble complexe qu'il va être très délicat d'évaluer pour établir le pronostic et dicter une ligne de conduite.

Un élément, cependant, va servir de base importante au pronostic : la parité.

1° Chez la primigeste :

Si la femme atteinte d'une viciation pelvienne limite est une primigeste, il faut attendre le travail de façon à pouvoir apprécier les différents éléments dont nous

parlions plus haut (volume et malléabilité de la tête fœtale, disproportion fœto-maternelle, valeur des contractions de l'utérus, etc. C'est ce qu'on appelle faire l'épreuve du travail.

Dans ces cas, après un certain nombre d'heures, surtout après la rupture des membranes, on voit la tête fœtale, qui jusque-là était restée élevée et débordait parfois franchement le pubis, faire une saillie antérieure de moins en moins accusée et descendre peu à peu par asynclitisme, ou autrement, dans l'excavation. Le temps difficile est alors terminé et l'accouchement peut se faire par voie basse.

Dans d'autres cas, au contraire, malgré une attente prolongée, le travail progresse mal. La tête se maintient élevée et continue à déborder, même après la rupture des membranes. La dilatation est stationnaire, de l'œdème du col apparaît. L'indication de l'accouchement chirurgical est alors réalisée. Il faut intervenir et c'est toujours la césarienne qui représente l'opération de choix. La technique de la césarienne basse, segmentaire, devra être préférée à celle de la césarienne corporéale parce qu'elle donne plus de sécurité, dans les suites opératoires, pour ces cas où l'on opère plusieurs heures après la rupture des membranes.

L'avantage de l'épreuve du travail réside donc dans ce fait que la parturiente court sa chance d'accoucher par voie basse et que, si celui-ci paraît dangereux, l'intervention nécessaire est faite au moment d'élection, c'est-à-dire alors que les conditions, pour réaliser une opération chirurgicale, sont encore excellentes.

2° Chez les multipares :

S'il s'agit, au contraire, d'un bassin limite chez une femme ayant eu déjà un ou plusieurs accouchements, l'épreuve du travail est moins utile puisqu'elle a été en quelque sorte réalisée antérieurement. Elle devra cependant être tentée avec prudence.

Il faut donc apporter un grand soin à l'étude des antécédents, savoir comment les accouchements antérieurs ont évolué; comment ils se sont terminés.

Si leur terminaison a été favorable, si l'examen actuel ne contredit pas cette décision, il faut laisser aller, en se rappelant toutefois que les fœtus sont de plus en plus volumineux dans les gestations successives. Si, au contraire, les accouchements précédents ont été dystociques, s'ils n'ont pu être terminés que péniblement (forceps difficiles, basiotripsie), s'ils ont abouti à la naissance d'enfants traumatisés ou morts, il ne faut pas hésiter, l'intervention s'impose.

Nous allons étudier les moyens de diagnostic de ce bassin rétréci spécial qu'est le bassin limite.

D'une façon générale, pour déceler l'existence d'une viciation pelvienne, pour en déterminer secondairement la forme et le degré, la clinique s'appuie sur des procédés d'investigation qui émanent de deux sources :

1° Les uns sont empruntés à l'observation clinique médico-chirurgicale; ils sont représentés par l'interrogatoire, la recherche des antécédents, l'inspection, la palpation chez la femme enceinte. Nous n'y insisterons pas. Les renseignements qu'ils fournissent permettent de soupçonner l'existence d'une viciation pelvienne et

d'en déterminer l'origine. Ils sont, par contre, insuffisants pour faire apparaître les caractères morphologiques propres à chaque bassin déformé. En dehors des déductions étiologiques, on n'est en droit de leur demander que des signes de présomption.

Nous ne ferons que citer les présentations anormales ou vicieuses, communes d'ailleurs à beaucoup de multipares à bassin normal : la mobilité persistante de la présentation céphalique au-dessus du détroit supérieur et le débordement de la tête au-dessus du pubic.

Une petite manœuvre remise en valeur par le Professeur PINARD, le « palper mensurateur », donnera sur le degré de disproportion mécanique entre la présentation et le bassin une estimation relative mais précieuse; elle a pour but d'apprécier le débordement de la tête fœtale au-dessus du pubis lorsqu'elle est appliquée artificiellement sur l'aire du détroit. La femme est étendue sur le dos, les cuisses légèrement fléchies afin de relâcher la paroi abdominale. L'opérateur se place à droite ou à gauche. Il repère d'abord la tête fœtale puis, la saisissant d'une main, il l'entraîne vers le bassin sur l'aire du détroit supérieur où, par une pression modérée mais soutenue, il la maintient appliquée. Le pôle céphalique, en attitude intermédiaire, et orienté en transverse, prend alors contact avec le détroit supérieur par ses deux bosses pariétales : la postérieure butant contre le promontoire; l'antérieure reposant sur la marge antérieure du bassin. La main libre posée à plat sur la symphyse pubienne, glisse vers le haut sans perdre contact avec le plan du pubis

et rencontre bientôt, au-dessus du contour antérieur du bassin, la saillie de la bosse pariétale débordante. On peut ainsi apprécier avec assez de justesse les débordements légers, moyens ou considérables. En cas de forte disproportion, la bosse pariétale peut surplomber, à la manière d'une corniche, le bord supérieur du pubis.

2° Les autres sont purement obstétricaux et s'inspirent de la notion de mensuration directe ou indirecte du canal osseux. Ils s'appliquent à déterminer les dimensions de la filière pelvienne, par des procédés externes (pelvimétrie externe), internes (pelvimétrie interne) ou radiologiques (radio-pelvimétrie). Ils conduisent à l'identification morphologique précise d'une anomalie pelvienne et font apparaître les signes de certitude de celle-ci.

Passons maintenant aux signes de certitude des rétrécissements du bassin grâce auxquels nous saurons si oui ou non il s'agit d'un bassin limite. La conduite à tenir en sera, en effet, toute différente.

Nous ne ferons que mentionner les procédés de pelvimétrie externe : méthode de BAUDELOQUE basée sur la notion d'un rapport entre les dimensions extérieures du bassin et ses dimensions intérieures, appréciation du losange de MICHAELIS (angle inférieur : bifurcation supérieure de la rainure interfessière. Angles latéraux : épines iliaques postéro-supérieures. Angle supérieur : apophyse épineuse de la 5° lombaire) et cliséométrie, c'est-à-dire mensuration du degré d'inclinaison du bassin sur l'horizontal.

Les procédés de pelvimétrie interne sont plus intéressants, plus précis et plus fertiles en enseignements pratiques.

1° *Pelvimétrie instrumentale.*

Le pelvimètre, bien que les modèles construits aient été variés à l'infini, n'est actuellement utilisé qu'exceptionnellement.

2° *Pelvimétrie digitale.*

Elle consiste dans la mensuration du diamètre promonto-sous-pubien, grâce au médius, à l'index ou aux deux, introduits dans la cavité vaginale.

Lorsque le bassin est bien conformé, l'angle sacro-vertébral ne peut pas être atteint par les doigts aussi loin qu'on les introduise, sauf chez quelques multipares à tissus exceptionnellement souples, à périnée déchiré dans les accouchements antérieurs.

Tout promontoire accessible veut dire rétrécissement du détroit supérieur dans le sens antéro-postérieur.

Ce dernier étant reconnu, on procède à la mensuration.

La dimension obtenue n'exprime pas la longueur du diamètre utilisé par la présentation lors de son passage au détroit supérieur. Celui utilisé, en effet, est le diamètre promonto-rétro-pubien, ou promonto-pu-

bien utile, minimum. La face postérieure du pubis, en effet, présente une saillie assez nettement marquée qui réduit d'autant la longueur qui la sépare du promontoire. En retranchant en moyenne 1 cm. 5 du diamètre promonto-sous-pubien obtenu par le toucher mensurateur, on obtient la longueur exacte du diamètre utilisé par la présentation.

Nous avons vu que la pelvimétrie digitale conduisait à l'évaluation d'un seul diamètre au détroit supérieur; or, dans l'identification d'une viciation pelvienne, la forme du rétrécissement présente une importance aussi considérable que le degré de réduction du seul diamètre antéro-postérieur. Il importe donc de déterminer, autour des dimensions de ce dernier, la configuration particulière du détroit en se basant sur la nomenclature anatomique. Cette recherche est dévolue à la pelvigraphie qui peut être « digitale », si l'on peut s'exprimer ainsi, ou radiologique.

1° *Pelvigraphie digitale.*

On place la femme en travers du lit, le siège un peu débordant et légèrement soulevé par un coussin. On commence par mesurer le conjugué diagonal duquel on déduit le conjugué vrai, c'est-à-dire le diamètre antéro-postérieur minimum ou promonto-rétro-pubien. On s'occupe ensuite de la forme du détroit supérieur en procédant successivement pour chaque moitié du bassin, la main droite explorant le côté droit, la main gauche le côté correspondant. Ces mensurations se résu-

ment surtout en impressions et elles sont sujettes à de trop nombreuses causes d'imprécisions ou d'erreurs pour devenir un procédé utilisable en pratique.

2° *Pelvigraphie radiologique.*

Nous ne nous étendrons pas davantage sur la pelvigraphie radiologique. La radiopelvimétrie, en effet, est un moyen précieux d'investigation mais, malgré les récents perfectionnements apportés à sa méthode et à sa technique, elle reste un procédé difficilement utilisable dans la pratique obstétricale courante. Trop de causes d'erreurs et d'imprécisions persistent encore pour que sa vulgarisation se fasse.

L'exploration par les procédés pelvimétriques de l'excavation et du détroit inférieur aurait, elle aussi, son importance.

En pratique obstétricale journalière, d'ailleurs, tous ces procédés, assez délicats, sont loin d'être utilisés d'une façon systématique. Le toucher mensurateur, avec promontoire accessible nettement ou à bout de doigts, permet d'affirmer l'existence d'un rétrécissement du bassin. La mensuration exacte du promontoiréto-pubien permet d'affirmer l'existence d'un bassin limite chaque fois qu'elle est représentée par un chiffre allant de 9 cm. 5 à 10 cm. 5. Mais l'épreuve du travail seule dont nous parlerons plus loin permet de constater qu'en présence d'un tel bassin l'accouchement par les voies naturelles est ou n'est pas possible.

Avec M. le Professeur FRUHINSHOLZ, nous définissons donc d'une façon précise le bassin limite :

« Tout bassin à travers lequel l'accouchement se fait de justesse. »

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE BASSIN LIMITE

L'existence d'un rétrécissement pelvien n'entraîne pas *ipso facto* une modification dans le mécanisme de l'accouchement. Nombreuses, en effet, sont les viciations légères, type bassin limite, qui ne retentissent nullement sur le mécanisme normal. Et ne voit-on pas, cependant, en clinique, le mécanisme se modifier parfois d'un accouchement à un autre chez une même femme à bassin peu rétréci suivant que le volume de l'enfant s'est accru plus ou moins sensiblement, que la tête fœtale s'est trouvée plus ou moins malléable, que les contractions utérines ont été plus ou moins puissantes, et que, par conséquent, la « présentation » a été « amenée » dans les meilleures conditions d'orientation et de position au-dessus du détroit supérieur.

Nous nous en tiendrons uniquement aux déformations limitées au détroit supérieur et à l'excavation. Il s'agit ici surtout des déformations causées par le rachitisme : bassin plat rachitique, bassin généralement rétréci, bassin canaliculé. Les conditions de l'engagement, variables pour chaque type de déformation, s'expriment par des modifications portant sur l'orientation, l'attitude et la forme de la tête fœtale.

Dans le bassin plat, caractérisé, ainsi que nous l'avons déjà écrit, par la projection du promontoire et la diminution du diamètre antéro-postérieur, nous observons la conservation ou l'accroissement du diamètre

transverse et la diminution de courbure de l'arc antérieur dont le rayon s'est agrandi. Lorsque la tête, encore indifférente au-dessus du détroit supérieur, aborde ce dernier suivant un diamètre oblique, la saillie du promontoire fait obstacle à la région de l'ovoïde céphalique qui cherche à pénétrer dans le sinus sacro-iliaque. Cette région est représentée par la bosse frontale postérieure dans les positions antérieures, par la bosse pariétale correspondante dans les positions postérieures. L'engagement étant impossible en oblique, la tête fœtale va s'orienter en position transversale, pour emprunter le diamètre transverse médian qui lui offre ses grandes dimensions. D'un autre côté, le contour latéral de la présentation trouve dans l'arc antérieur agrandi une courbure de forme presque identique à la sienne permettant l'ajustement des deux surfaces. En conséquence, le diamètre transverse médian devient le seul diamètre d'engagement. Orientant ses dimensions sagittales suivant ce dernier diamètre, le mobile céphalique, en attitude de flexion modérée, fait coïncider son bipariétal avec le sacro-pubien réduit. Si celui-ci mesure moins de 9 cm. 5, le bipariétal ne peut le franchir. Usant d'un artifice, la tête fœtale se déplace par un mouvement de translation qui met l'occiput en contact avec la région du bassin correspondant au diamètre transverse. Dès lors, les deux bosses pariétales latéralisées vont pouvoir s'engager au large, la postérieure dans le feston du sinus sacro-iliaque, l'antérieure en regard de la crête pectinéale dont la courbure modifiée favorise son glissement. L'occiput butant contre le rebord du bassin et s'im-

mobilisant sur lui, la région frontale descend la première : la tête se défléchit partiellement, substituant, pour l'engagement, à sa circonférence sous-occipito-frontale, sa circonférence occipito-frontale. Par ailleurs, c'est une région du crâne fœtal correspondant au diamètre bitemporal qui se place au droit du sacro-pubien. Ce diamètre céphalique ne mesurant que 8 cm. étant d'autre part réductible à cause de la malléabilité particulière de la région crânienne à laquelle il appartient, défile sans difficulté au devant de la saillie du promontoire. En définitive, l'ovoïde céphalique franchit le plan du détroit supérieur en position transverse et en attitude intermédiaire. Le bassin aplati pur n'étant, le plus souvent, déformé qu'au niveau du détroit supérieur (rétrécissement annelé), les difficultés mécaniques s'atténuent ou disparaissent lorsque la tête est engagée et plonge dans l'excavation. Au cours de la descente, elle se fléchit et accomplit sa rotation pour se dégager en empruntant le mécanisme normal. On peut voir, dans le cas où l'excavation est particulièrement spacieuse et la tête fœtale de petit volume, la flexion et la rotation tarder à s'accomplir, la présentation abordant alors le détroit inférieur dans l'orientation et l'attitude de l'engagement.

Précisons enfin que dans les bassins plats rachitiques l'engagement de la tête au détroit supérieur se fait généralement en asynclitisme postérieur, ainsi que nous le constatons dans la plupart des observations que nous citons plus loin.

Si le phénomène d'asynclitisme est utile à l'engagement quand le promontoire est assez saillant en avant,

il n'est pas douteux qu'un asynclitisme extrême couchant sur l'aire du détroit supérieur toute une moitié latérale de la tête fœtale empêcherait le redressement de celle-ci et favoriserait son enclavement.

L'asynclitisme modéré est utile; l'asynclitisme excessif crée la systocie.

Dans le bassin généralement rétréci, bassin « en miniature » si l'on peut s'exprimer ainsi, de forme normale, mais réduit dans toutes ses dimensions, les diamètres obliques constituent les seuls diamètres d'engagement. Tout se passerait comme dans le bassin normal si la diminution de longueur des obliques n'exigeait une diminution parallèle des dimensions sagittales de la tête. Le rétablissement des proportions s'obtient par l'attitude en flexion forcée. Engagement en oblique et en flexion forcée, telles sont les conditions d'orientation et d'attitude imposées à la tête fœtale pour cette forme de bassin. Malgré tout, l'engagement, même en présence d'un bassin limite, est habituellement laborieux. Avant l'engagement, la tête mobile au-dessus du détroit supérieur oscille autour de l'axe de ce dernier et semble hésiter entre diverses orientations avant de faire choix d'un oblique. Dès qu'elle a pris contact avec la marge du détroit, la tête est sollicitée à la flexion. Celle-ci s'accuse de plus en plus et ce n'est que lorsque l'attitude en flexion est acquise que la présentation peut se fixer et franchir le plan du détroit rétréci. A la circonférence sous-occipito-frontale, s'est substituée une circonférence sous-occipito-bregmatique, seule acceptable pour l'engagement. Cette accommodation céphalique se révèle au toucher

par la situation de la petite fontanelle au centre du bassin correspondant au point déclive de la présentation. Ayant péniblement franchi le détroit supérieur, celle-ci voit les difficultés mécaniques persister ou même s'accroître durant sa descente dans l'excavation. Malgré la flexion céphalique poussée au maximum, l'enclavement dans le petit bassin peut s'observer et interrompre définitivement la progression, si celle-ci n'est pas favorisée par des contractions utérines régulières et puissantes. Lorsqu'elles ne font pas défaut, la descente peut s'effectuer et la présentation se dégager spontanément après avoir accompli sa rotation au détroit inférieur ou dans l'excavation. Sur tout son parcours, le frottement dur que la tête fœtale subit contre les parois pelviennes rend compte de la lenteur et des difficultés de l'accouchement. En dehors de l'attitude en flexion forcée, ces difficultés sont atténuées dans une certaine mesure par le modelage qui, par chevauchement des os les uns sur les autres et les modifications des courbures auxquelles ils se prêtent, réduit les dimensions de l'équateur céphalique et facilite sa progression.

Ici, le mode d'engagement de la présentation se ferait généralement en asynclitisme postérieur. Ce mécanisme est particulièrement laborieux dans le cas de présentation du pariétal postérieur à cause des larges surfaces de frottement qui résultent de la descente de la moitié latérale de la tête fœtale en contact avec toute l'étendue de l'arc antérieur. Dans l'asynclitisme antérieur, au contraire, le frottement du mobile céphalique est localisé sur l'étroite saillie du promontoire; le mou-

vement de bascule de la bosse pariétale postérieure est relativement aisé et ne nécessite pas, comme dans la forme précédente, le secours de contractions utérines anormalement puissantes. Lorsque la tête s'incline en présentant son pariétal postérieur, la bosse pariétale correspondante descend la première au-dessous du détroit, sur le versant latéral du promontoire, dans l'aire du sinus sacro-iliaque. Un segment de l'os pariétal, situé en avant de la bosse, arrive bientôt au contact de l'éperon promontorien et s'y fixe; pivotant autour de cette charnière, la tête fœtale fait descendre alors la région fronto-pariétale opposée qui, décrivant un arc de cercle, glisse à frottement derrière l'arc antérieur. L'engagement étant accompli, la tête reprend son attitude normale ou synclite.

Dans le bassin canaliculé, sauf si la tête est très petite, l'accouchement par les voies naturelles est à peu près impossible.

Chez les multipares à bassin limite, les présentations céphaliques sont souvent mal fléchies, donnant lieu soit à une présentation de la face, soit à une présentation du front, cette dernière étant, toutefois, plus rare. Le plus souvent, l'orientation de la face se fait en mento-transverse. L'engagement se trouve parfois facilité par une attitude d'asynclitisme un peu particulière, la joue prenant la place qu'occupe le pariétal dans les positions asynclites du sommet. Quant à la présentation du front, les dimensions qu'elle offre au détroit supérieur rétréci sont telles que, sauf malléa-

bilité extrême de la tête, toute tentative d'engagement est vouée à l'échec. La tête reste mobile au détroit supérieur, à moins qu'une transformation spontanée ou artificielle en sommet ou en face ne crée des conditions mécaniques plus favorables.

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT

*dans les rétrécissements limites du bassin
et facteurs qui en font varier le résultat*

Pronostic maternel et fœtal

Ainsi que nous l'avons déjà écrit, le rétrécissement du bassin n'implique pas l'impossibilité de la terminaison spontanée du travail.

I. — Le pronostic mécanique de l'accouchement pendant la GROSSESSE est d'une grande difficulté, car il ne peut tenir compte que des éléments fixes d'appréciation qui sont surtout la forme et le degré du rétrécissement, et le volume de la tête fœtale, les éléments variables, qui sont la force des contractions utérines et la malléabilité de la tête fœtale dont l'importance est grande, ne pouvant être utilisés que pendant le travail.

II. — Quant au pronostic mécanique de l'accouchement pendant LE TRAVAIL, disons tout de suite qu'il ne présente un intérêt bien grand ni pour les bassins faiblement rétrécis (au-dessus de 9 à 10 cm. de promontopubien minimum), ni pour ceux qui le sont fortement (de 8 à 9 cm. ou plus petits).

Ici, sauf de rares exceptions, on sait d'avance à quoi s'en tenir : c'est l'accouchement peu ou pas dystocique dans le premier cas; l'accouchement impossible par les voies naturelles dans le deuxième cas. Il en va tout autrement pour les bassins compris entre les frontières indiquées ci-dessus, bassins limites, bassins à « limites étroites » de PINARD. Pour les bassins de cette catégorie, que le travail soit à terme ou avant terme, que, dans ce dernier cas, il soit spontané ou provoqué, il subsiste toujours une incertitude qui vient de ce que les éléments, fixes en quelque sorte, bien qu'ils ne puissent pas toujours être déterminés avec une précision absolue, n'ont pas été contrôlés par les données que seul peut apporter le travail commencé, à savoir, comme nous l'avons dit plus haut, la force des contractions utérines et la malléabilité de la tête fœtale. La souplesse, dit justement COMMANDEUR, a peut-être plus d'importance que le volume. Cette confrontation d'éléments connus avec des impondérables c'est ce qui a été appelé « l'épreuve du travail », épreuve capitale puisque, si l'on excepte les cas dans lesquels on a pu décider de provoquer l'accouchement avant terme, c'est sur elle que repose toute la thérapeutique des bassins limites. Cette thérapeutique, en effet, qui a bénéficié si largement, dans ces dernières années, des perfectionnements techniques d'une chirurgie obstétricale déjà ancienne, mais qui ne saurait prétendre à faire table rase des méthodes obstétricales non sanglantes lorsqu'elles sont compatibles avec l'intérêt de l'enfant, cette thérapeutique, disons-nous, repose toute entière sur l'adaptation des procédés mis en œuvre

aux circonstances cliniques que crée l'évolution des phénomènes dynamiques et mécaniques de l'accouchement.

Quelles indications favorables ou défavorables vont donc nous être données par l'observation attentive du travail ? Doivent être considérées comme *favorables* :

Les contractions utérines régulières, énergiques, progressives, la forme régulière de la poche des eaux. En cas de rupture prématurée ou précoce de cette poche, la constatation que la tête appuie bien sur le col dont la dilatation peut se faire avec lenteur, mais se poursuit sans arrêt.

Au début du travail, la présentation du sommet, sauf pour certaines formes où l'engagement de la tête dernière se fait dans les meilleures conditions mécaniques; il sera d'un bon augure que, dans cette présentation, l'orientation, l'attitude, l'inclinaison de la tête soient celles qui sont appropriées à chaque variété de rétrécissement. Quand la tête est en transverse, la présentation du pariétal antérieur, sans inclinaison trop marquée, est d'un bon pronostic et, pour les bassins asymétriques, l'engagement au large (occiput en avant dans presque tous les cas) et dans les bassins à asymétrie moyenne ou forte, suivant le diamètre oblique court, est plus favorable que l'engagement à l'étroit et dans le diamètre oblique court, est plus favorable que l'engagement à l'étroit et dans le diamètre oblique long.

Pendant le cours du travail, la progression régulière de la présentation d'autant plus aisée que celle-ci ne

trouve pas devant elle, du fait du rétrécissement de l'excavation, des obstacles sans cesse renouvelés, et l'absence des complications (surtout procidence du cordon) qui obligent à des interventions rapides.

Sont, au contraire, DÉFAVORABLES :

Les contractions utérines faibles, espacées, irrégulières, surtout si la poche des eaux s'étant rompue prématurément ou précocement, la tête n'appuie pas sur le col. La dilatation se fait avec une extrême lenteur (souvent plusieurs jours) et la présentation reste élevée.

Au début du travail, la constatation de présentations irrégulières : face, front, siège, épaule.

Pendant le cours du travail, en cas de présentation du sommet, la tendance à la déflexion légère ou, au contraire, à la flexion forte (le travail dans cette attitude constituant toujours un mécanisme laborieux), les inclinaisons latérales exagérées, la présentation du pariétal postérieur avec inclinaison très marquée étant, de tous les asynclitismes, celui qui entraîne le plus fâcheux pronostic, l'engagement à l'étroit dans les bassins asymétriques, l'arrêt de la tête sur les épines sciatiques ou derrière les branches ischio-pubiennes dans les bassins cyphotiques.

Lorsqu'on se trouve en présence de l'une ou de plusieurs des particularités indiquées ci-dessus, il est fréquent de voir la tête fœtale bloquée au-dessus de l'obstacle sans pouvoir le franchir, et, pour peu qu'à ce moment les contractions utérines faiblissent, on doit perdre tout espoir d'accouchement spontané. On conçoit, au surplus, que le pronostic soit, d'une façon gé-

nérale, d'autant plus grave que l'arrêt de la progression se produit à un niveau plus élevé de la filière pelvienne.

Pendant l'expulsion, il est assez fréquent de voir la progression s'arrêter alors que la tête fœtale a franchi le détroit supérieur, elle s'immobilise alors dans l'excavation, soit en transverse défléchie, soit en transverse fléchie, soit à un stade plus avancé, en oblique plus ou moins fléchie. Le plus souvent il s'agit, non d'un obstacle mécanique proprement dit, puisque, à ce point de vue, le pas le plus difficile a été franchi, mais plutôt d'une inertie consécutive au surmenage qu'a imposé au muscle utérin le franchissement du premier obstacle : l'utérus épuisé s'avoue vaincu, mais il a fait l'essentiel. Dans ce cas, le pronostic est beaucoup moins sévère que lorsqu'il s'agit de l'arrêt de la progression, la tête étant encore au détroit supérieur. Si l'accoucheur doit, le plus souvent, intervenir pour terminer l'accouchement, ce sera par une thérapeutique simple et facile qui ne sera pas dirigée contre le rétrécissement, puisque celui-ci est franchi, mais qui sera appliquée « à l'occasion » du rétrécissement.

Tels sont les aspects très divers sous lesquels peuvent se présenter, pendant la grossesse et le travail, les chances mécaniques de l'accouchement dans les bassins rétrécis.

Notons rapidement, en passant, l'importance des présentations dans les bassins limites.

La présentation du sommet est heureusement la règle.

La présentation de la face est, cependant, relative-

ment fréquente dans les bassins aplatis limites. Ce n'est d'ailleurs pas une cause de dystocie beaucoup plus grave; c'est le léger rétrécissement du bassin qui favorise la déflexion de la tête; grâce à cette dernière, c'est le diamètre bi-temporal le plus petit qui tend à s'engager (on touche le nez, la bouche et, très en arrière, le menton). Rappelons l'intérêt thérapeutique des mento-sacrées enclavées (indications à la symphysiotomie).

La présentation du front, intermédiaire entre la position fléchie du sommet et la position défléchie de la face n'est pas exceptionnelle (on ne touche ni la bouche ni le menton), il n'est pas très rare que la tête au détroit supérieur hésite un certain temps entre le sommet et la face (intérêt de suivre ces deux oscillations) et reste un moment dans une attitude intermédiaire ressemblant à une présentation du front amorcée; l'engagement finit par se faire en face ou sommet. C'est d'ailleurs là un fait heureux car, sauf malléabilité extrême de la tête, les dimensions que cette dernière offrirait au détroit supérieur seraient telles que toute tentative d'engagement serait vouée à l'échec. Retenons enfin l'intérêt thérapeutique des présentations du front enclavé (indications à la symphysiotomie), car il y a impossibilité à la progression ou à la rotation de la tête, même avec un forceps.

III. — Passons maintenant en revue les facteurs qui font varier le résultat de l'accouchement dans les bassins limite.

Certains facteurs tels les modifications de l'utérus gravide et les anomalies de l'accommodation fœtale au détroit supérieur ont déjà été ébauchés à propos des signes de présomption des rétrécissements du bassin. Nous les étudierons de plus près dans ce chapitre.

Les principaux facteurs qui font varier le résultat de l'accouchement dans ces bassins limite dépendent successivement, comme causes de dystocie, chez les multipares à bassin limite, soit de l'enfant, soit de la mère; ce sont :

Enfant :

- 1° Le poids de l'enfant.
- 2° Le volume de la tête.
- 3° La consistance de la tête.

Mère :

- 4° La valeur des contractions utérines.
- 5° La précision du mécanisme (inclinaison sur le pariétal antérieur ou postérieur). Nous en avons déjà parlé à propos du mécanisme de l'accouchement dans les bassins limite.
- 6° La parité.
- 7° La durée de l'épreuve de travail.

Nous insisterons surtout sur les exigences suivantes, nécessaires pour que l'accouchement aboutisse :

- Une bonne consistance de la tête, variable d'aileurs d'un accouchement à l'autre;
- La précision du mécanisme qui exige un *bon* abordage et une *bonne* traversée du bassin;
- De bonnes douleurs, variables elles aussi d'un accouchement à l'autre.

1° *Le poids de l'enfant.* — Physiologiquement, le poids du deuxième enfant est plus grand que celui du premier; puis il reste à peu près stationnaire à partir du second. Certaines causes, cependant, telles la syphilis, l'obésité de la femme, le diabète, provoquent la naissance de gros enfants. La multiparité également :

C'est ainsi que dans l'observation I, le poids du second enfant est de 4.000 gr.; celui du 3^e, de 4.530 gr. (fille dont le placenta pèse 750 gr.).

Dans l'observation V, le poids des trois premiers enfants est de 3.500 gr., celui du quatrième, de 3.950 grammes (garçon, dont le placenta pèse 590 gr.).

Dans l'observation VIII, le poids des trois premiers enfants oscille autour de 3.000 gr.; celui du cinquième est de 3.720 gr. (fille) et le placenta pèse 750 gr.

Dans l'observation IX, le poids des premiers enfants oscille autour de 3.500 gr.; celui du sixième est de 4.200 gr. (fille) et le placenta pèse 800 gr.

Mais le poids de l'enfant n'est que rarement la seule cause de la dystocie que l'on rencontre chez les multipares à bassin limite. Chez ces femmes, en effet, avec deux enfants de poids égaux, l'accouchement sera nor-

mal dans le premier cas, dystocique dans le second (Obs. III) ; ou avec deux enfants de poids différents, on verra le gros enfant (4.500 gr.) « passer » relativement facilement dans la filière pelvienne, l'enfant de poids normal (3.500 gr.) au contraire, provoquer un accouchement dystocique (Obs. XII).

Il y a donc une autre cause qui intervient et qui, à elle seule, explique toute la dystocie : c'est le manque de tonicité de l'utérus et de la paroi abdominale, provoquant une *anté* ou *latéro-version*. D'où, au moment de l'accouchement, il y a trop de flottement, trop de jeu entre le mobile fœtal et la filière pelvienne, et défaut de concordance entre les axes de l'utérus et de la présentation, et ceux du détroit supérieur. Alors que chez une multipare à bassin normal, cette discordance d'axes a relativement peu d'importance, encore qu'elle retarde le début de l'engagement, chez une multipare à bassin limite, au contraire, elle est la cause presque constante de la dystocie.

Nous rappellerons d'ailleurs, à ce sujet, les idées expérimentées par M. le Professeur FRUHINSHSLZ dans l'article « Dystocie du gros enfant chez la multipare obèse », publié dans le « Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy », du 18 mars 1931 :

« Les cas de dystocie directement liée au volume
« de la tête se conjuguent généralement avec une dys-
« tocie qui procède de la manière défectueuse dont
« cette tête déjà grosse est « offerte » au bassin. C'est
« une règle générale, en effet, que dans les « dysto-

« cles de justesse » qu'elles dérivent d'un « bassin
« limité » ou d'une « tête limitée », la *manière dont*
« la tête s'est présentée au bassin importe extrême-
« ment. Il suffit, dans ces cas, d'un faible défaut dans
« le mécanisme de précision qui mène à l'affrontement
« de la tête et du bassin, pour que la dystocie en
« naisse. Tout le monde connaît ces dystocies pelvien-
« nes qu'engendre la multiparité, où, à un moment
« donné, au troisième, quatrième ou cinquième ac-
« couchement, sans que l'enfant soit plus gros, sans
« que le bassin se soit réduit, surgit une dystocie qui
« peut être grave et mener à la césarienne.

« C'est dans ces cas que j'ai l'habitude de dire
« qu'un « défaut de pointage » occasionnel et issu
« de la multiparité est venu compliquer et parfois ré-
« véler un « défaut de pointure » inhérent au bas-
« sin. Or, chez la multipare qui accouche d'un gros
« enfant, surtout chez la multipare obèse, se ren-
« contre une dystologie analogue. Nous dirons, en
« conclusion, que la dystocie du gros enfant par dé-
« faut de pointage chez la multipare obèse est chose
« sérieuse dès lors qu'après dilatation complète et
« rupture des membranes, la tête « rate » son en-
« gagement. »

2° Le volume et la consistance de la tête.

Une tête normale présente les dimensions sui-
vantes :

Diamètre occipito-mentonnier, qui s'étend de la
pointe de l'occipital à la partie médiane du menton :
13 cm.

Diamètre sus-occipito-mentonnier : 13 cm. 5.

Diamètre occipito-frontal (s'étend de la fontanelle postérieure au front) : 12 cm.

Les plus importants à connaître, parce que constamment utilisés lors de la présentation et de l'expulsion, sont :

Le diamètre sous-occipito-frontal : 11 cm.

Le diamètre sous-occipito-bregmatique : 9 cm. 5.

Les autres diamètres de la tête sont :

Diamètre sous-mento-bregmatique (présentation de la face) : 9 cm. 5.

Diamètre fronto-mentonnier : 8 cm.

Diamètre bi-pariétal : 9 cm. 5.

Diamètre bi-temporal : 8 cm.

Plus que les dimensions de la tête, sa CONSISTANCE intervient. En effet, presque tous les os qui composent la tête fœtale peuvent chevaucher les uns sur les autres au niveau des sutures et réduire ainsi d'une façon appréciable les dimensions de celle-ci (Obs. I, III, VI, VII, VIII, XI, XII). En cas de tête dure, aucune réduction ne se produit (Obs. IV, V, IX, X).

3° Alors que normalement la tête descend en asynclitisme postérieur, c'est-à-dire inclinée sur son pariétal postérieur, qui descend le premier, dans les bassins limites, au contraire, on note une fréquence relative de l'engagement de la tête en asynclitisme antérieur qui favorise l'accouchement dystocique. Nous signalons le fait dans la critique de quelques-unes des observations rapportées plus loin (IV, V, VII, IX).

4° Les contractions utérines sont souvent perverses dans leur rythme, leur puissance ou leur durée lorsqu'il existe un rétrécissement du bassin et spécialement du détroit supérieur, ou lorsque, du fait de la multiparité, il y a décalage entre les axes de l'utérus et ceux du bassin.

D'après nos observations, en effet, nous constatons que les contractions utérines ont été plus souvent défailantes pour les 4°, 5° ou 6° accouchements, c'est-à-dire chez les multipares, que pour les premiers accouchements, c'est-à-dire chez les primipares.

D'une façon générale, on peut observer des douleurs irrégulières, des douleurs excessives, des douleurs insuffisantes. Les unes et les autres peuvent d'ailleurs se combiner ou se succéder pour aboutir, suivant les cas, soit à l'inertie, soit à la rétraction, soit à la rupture. Nous en reparlerons au sujet du pronostic maternel.

Les contractions *irrégulières* représentent l'anomalie la plus fréquente du fonctionnement du muscle utérin. Elles peuvent être irrégulières dans leur répartition ou dans leur répétition. Tantôt certains faisceaux musculaires seulement se contractent isolément et irrégulièrement, rompant ainsi le synchronisme physiologique normal. Tantôt les douleurs se succèdent avec une rapidité excessive entraînant un véritable état de tétanisme utérin. Sur cet état de contracture, de crampes douloureuses, se greffent, par instants, des contractions fugaces et inégales. Au bout d'un temps plus ou moins long apparaissent la rétraction ou l'inertie, tandis que la femme est plongée dans un état d'épuise-

ment nerveux rendant désormais impossible l'accouchement spontané. Le pronostic des douleurs irrégulières, qu'elles soient d'apparition précoce ou tardive, est toujours fâcheux, parce qu'elles s'opposent non seulement à la migration fœtale, mais auparavant à la dilatation régulière du col.

L'observation I nous fournit un exemple assez net de contractions irrégulières : dans la nuit du 11 au 12 février, la femme a des douleurs modérées et très espacées ; le 12 à midi : douleurs toutes les dix minutes. A 16 h. 30 : douleurs fréquentes, mais peu vives. Le 13, à 2 heures du matin : douleurs espacées. Conséquences : pas de progression de la présentation, signes de souffrance fœtale, forceps. Mort de l'enfant trois jours plus tard de convulsions.

Les contractions *excessives* sont peut-être, plus encore que les précédentes, l'apanage d'une discordance entre la présentation et le détroit supérieur. Elles apparaissent habituellement dans deux circonstances différentes. Si le rétrécissement est modéré, ce qui est le cas du bassin limite, et si l'engagement est possible, des contractions puissantes, longues et rapprochées réussissent à vaincre les résistances et à triompher, au bout d'un temps plus ou moins long, des difficultés mécaniques. Ces contractions, malheureusement, ne sont que rarement l'apanage des multipares. Si, au contraire, le rétrécissement est serré, si la disproportion entre le fœtus et le bassin est manifeste et irréductible, si enfin, et c'est le cas qui nous intéresse, avec un bassin limite, la présentation par suite d'une antéversion utérine n'est pas dans l'axe du bassin, les

douleurs excessives, généralement passagères chez les multipares, risquent d'entraîner les plus redoutables effets, tant du côté de la circulation placentaire que du côté du segment inférieur de l'utérus qui s'étire, s'amincit progressivement et finit par se rompre (Obs. II). Dans un grand nombre de cas, d'ailleurs, l'obstacle étant invincible, l'utérus épuisé par un effort continu et excessif, sombre dans un état d'inertie et échappe ainsi à la rupture. D'autres fois, après une phase plus ou moins longue de contractions puissantes, la poche des eaux étant rompue depuis longtemps, la rétraction utérine s'installe et le fœtus succombe.

L'observation VIII nous montre un type précis d'hypertonie utérine : le 11 mars, à 4 h. du matin, douleurs très violentes; à 10 h., les contractions sont si douloureuses que l'on fait une piqûre de morphine à la femme; elle a pour effet d'espacer d'une façon appréciable les contractions utérines; à 21 h. 30, s. c. de Pantopon, car l'utérus se cabre devant l'obstacle osseux.

Conséquences : pas de progression de la présentation, danger de rupture utérine. Le 12, à 8 h. 30 : césarienne.

Les douleurs *insuffisantes* ou l'*inertie* relative peuvent se montrer au début du travail et persister sans changement en entraînant la longueur exagérée de la période de dilatation avec son cortège habituel : épuisement, privation de sommeil et de nourriture, dépression nerveuse. D'autres fois, l'inertie est secondaire et traduit alors la fatigue du muscle utérin frappé d'impotence à la suite de l'effort prolongé qu'il a fourni

ou par l'effet des substances toxiques qu'une longue période de contractions a accumulées dans son propre tissu.

Dans les observations X, XI, XII, nous assistons à une véritable inertie utérine : elle se produit dans l'observation X chez une septipare et succède à une période de contractions douloureuses normales ayant duré 7 heures. Malgré l'absorption de quinine, on procède, quelques heures plus tard, à une application de forceps (Tarnier grand modèle). L'enfant ne peut être ranimé.

Dans l'observation XI, l'inertie utérine apparaît d'emblée; la femme, septipare également, ne ressent que quelques douleurs lombaires; l'administration de quinine, puis l'injection d'un quart de cc. d'hypophyse fait apparaître momentanément quelques contractions, courtes et espacées, puis l'inertie reparaît. Profitant des battements encore bons, une césarienne basse extrait une fille de 3.730 gr.

L'observation XII n'est que la répétition de la précédente : sextipare avec atonie utérine presque complète. Césarienne basse. Mort de l'enfant.

IV. — Avant de passer à l'énumération et à la critique des observations, nous dirons un mot du pronostic fœtal et maternel.

1° ENFANT.

Pour franchir le défilé déformé et rétréci du canal pelvien, la tête fœtale est tenue de s'accommoder aux

dimensions qui lui sont offertes dans chaque variété de viciation. Dans ce but, subissant la réaction des parois pelviennes, elle réduit, par son attitude et sa plasticité, sa circonférence de pénétration qui correspond à l'équateur de l'ovoïde céphalique. Les attitudes inclinées dans le sens antéro-postérieur ou dans le sens latéral font partie intégrante du mécanisme de l'accouchement.

Les phénomènes plastiques sont représentés par le modelage qui découle des propriétés physiques du crâne fœtal. Les os de la voûte sont, en effet, capables de se déplacer légèrement les uns par rapport aux autres et de modifier leur courbure. Ce sont des déformations transitoires et purement mécaniques auxquelles on peut rattacher, en raison de leur bénignité, certaines altérations tégumentaires. Lorsqu'une dystocie sévère a rendu nécessaire une extraction artificielle par forceps ou version, lorsque l'accouchement ne s'est terminé qu'au prix d'efforts laborieux et prolongés, la tête fœtale peut porter sur certaines régions électives, des lésions superficielles ou profondes résultant des frottements subis contre les parois pelviennes. Ces altérations sont d'ordre traumatique et rentrent dans le cadre de la pathologie. Il convient donc de séparer ces deux catégories de modifications ou déformations de la tête fœtale dont le pronostic, bénin dans le premier ordre de faits, doit toujours être réservé dans le second.

A. — Nous ne ferons qu'énumérer les *altérations superficielles et déformations liées au modelage*; ce sont :

1. *La bosse séro-sanguine*, parfois considérable, qui

forme une tumeur mollassse recouvrant fontanelles et sutures et donne l'illusion de l'engagement lorsqu'elle franchit le col et remplit le vagin.

2. — *Les traces limitées de pression* qui ont leur siège sur la peau des régions latérales du crâne. Elles sont produites par les pressions prolongées du promontoire, du bord supérieur du pubis ou des épines sciatiques sur les surfaces de contact de la présentation.

3. — *Les déformations du crâne par déplacement des os.* Elles constituent le phénomène le plus caractéristique du modelage et le moyen le plus habituel qu'emploie la nature pour diminuer le volume de la tête qui cherche à s'engager. Le chevauchement des os est rendu possible par la largeur des sutures qui les bordent et la présence des fontanelles.

B. — *Quant aux lésions traumatiques de la tête fœtale*, elles consistent en dépressions simples sans fractures et en enfoncements.

Les dépressions craniennes ont deux sièges d'élection : le pariétal postérieur au niveau de la suture coronale qui regarde le sacrum, et le pariétal antérieur au niveau de la suture squameuse.

Les enfoncements représentent les plus graves lésions que la tête fœtale peut subir du fait de son passage à travers un bassin déformé, soit exceptionnellement après une expulsion spontanée, soit le plus souvent après une extraction artificielle. Ces enfonce-

ments ont pour lieu d'élection le pariétal et le frontal postérieurs.

On distingue habituellement trois variétés de fracture. La première et la plus commune est représentée par l'enfoncement en cuillère.

La deuxième variété est dite en entonnoir; moins large mais plus profonde que la précédente, elle est redoutable par la fréquence des hémorragies méningées qu'elle détermine. La troisième forme est constituée par des enfoncements irréguliers, à limites peu précises, larges et peu profonds, comportant, en général, des fissures multiples. Dans certains cas, l'aspect de l'enfoncement crânien rappelle assez bien celui d'une moitié de coquillage vue par sa face concave.

Signalons enfin que si la fracture est la règle dans les enfoncements du frontal, le pariétal, à cause de son grand rayon de courbure, peut quelquefois se déprimer sans se rompre.

Le pronostic de ces lésions traumatiques est toujours sévère. Sur 65 cas d'enfoncements crâniens, il y eut 28 morts-nés, 10 enfants moururent peu après, 33 survécurent. La gravité est en rapport avec la fréquence des lésions intra crâniennes (surtout des hémorragies méningées) dont se compliquent immédiatement ou tardivement les fractures obstétricales du crâne fœtal.

Le pronostic fœtal reste donc sérieux après un accouchement dystocique. En effet, en dehors des lésions crâniennes mentionnées ci-dessus, la marche anormale du travail exerce sur l'enfant une influence très défavorable par sa prolongation seule qui fait que l'enfant,

soit qu'il naisse en état de mort apparente, soit qu'il respire d'emblée, semble avoir perdu droit à la vie et meurt dans les premières heures ou les premiers jours emporté par un affaiblissement progressif.

Il faut compter aussi avec la rupture prématurée ou précoce des membranes d'où peuvent résulter, d'une part, la rétraction utérine progressive ou une procidence du cordon engendrant des troubles de la circulation fœto-placentaire et, d'autre part, l'infection amniotique entraînant l'infection fœtale et plus spécialement des broncho-pneumonies septiques consécutives à l'aspiration du liquide putréfié. Enfin, il ne faut pas oublier que la procidence du cordon, qui se produit plus d'une fois sur 20, comporte une mortalité fœtale très élevée.

Grâce à l'emploi plus fréquent et à la technique sans cesse améliorée des opérations sanglantes, et tout spécialement des césariennes abdominales basses, Pinard a pu donner un pourcentage de mortalité infantile atteignant 12,32 p. 100. Personnellement, nous relevons quatre cas d'enfants morts sur douze accouchements (Obs. I, X, 7° et 8° gestations, XII).

Quant à la mortalité infantile consécutive aux césariennes seules, surtout si elles sont pratiquées avant le travail ou dès le début de celui-ci, avant que le fœtus n'ait eu le temps de « souffrir », elle est presque nulle.

Il convient d'ajouter qu'à une mortalité fœtale très basse obtenue par la pratique plus fréquente des césariennes et des pelvitomies dans les bassins limites, s'oppose nécessairement une mortalité maternelle un peu

plus élevée, si basse soit-elle, que celle qui correspond à l'emploi, dans les mêmes bassins, de moyens purement obstétricaux (accouchement prématuré provoqué, forceps, version).

2° LA MÈRE.

Il y a lieu, tout d'abord, de mettre dans une catégorie à part tous les cas (30 % environ) dans lesquels l'accouchement est impossible par les seules forces de la nature. Le pronostic pour la mère est alors celui des interventions qu'on est amené à pratiquer. Nous en reparlerons au chapitre du traitement. A l'opposé, nous trouvons les cas très nombreux où, le bassin étant faiblement rétréci, ou bien l'enfant de petit volume, l'accouchement ne diffère en rien ou presque rien, de celui qu'on obtient dans le bassin normal. Ici, pas de risques spéciaux pour la mère. Quelquefois même, la descente et l'engagement étant plus rapides, du fait de la faible hauteur de l'excavation et de l'élargissement du détroit inférieur (certains bassins plats. Luxation bilatérale), on peut voir survenir de ce fait des lésions des parties molles périnéales.

Restent les cas où la disproportion mécanique étant assez accentuée pour entraîner une modification des phénomènes du travail, la mère est menacée, par ce fait même, que l'accouchement soit spontané ou non, d'un certain nombre d'accidents ou de dangers qu'il nous faut énumérer.

Tout d'abord, *la prolongation du travail*, qui amène l'épuisement nerveux, lequel commence par la simple fatigue avec accélération du pouls et chaleur de la peau, et se termine par le surmenage avec adynamie ou agitation et quelquefois collapsus.

La rupture prématurée ou précoce des membranes, très fréquente, favorise l'infection de la cavité utérine pendant le travail, d'autant plus qu'on est amené à pratiquer de plus fréquentes explorations, et si l'enfant meurt, on assiste à la putréfaction du fœtus *in utero* pouvant entraîner pour la mère une septicémie mortelle.

En cas de lenteur exagérée du travail, *la compression prolongée* des parties molles entre la tête fœtale et le bassin peut entraîner leur mortification. La chute de l'escharre détermine l'ouverture du vagin ou de l'utérus dans les organes voisins, d'où la formation de fistules vésico-utérines ou vésico-vaginales. Le col utérin et le segment inférieur sont atteints plus souvent que le vagin.

Un accident beaucoup plus grave est *la rupture de l'utérus*, soit que celle-ci ait pour origine une section directe des tissus effectuée à la surface des pointes et des arêtes qui bordent le détroit supérieur de certains bassins rachitiques, soit beaucoup plus fréquemment, qu'il s'agisse de l'éclatement du segment inférieur surdistendu et aminci par un travail prolongé, lorsque la tête fœtale ne peut franchir l'obstacle pelvien en temps utile.

La compression du plexus sacré peut entraîner des lésions du nerf sciatique (paralysies, névrites). Citons

enfin parmi les lésions maternelles possibles, celles des articulations pelviennes, et, plus spécialement, la disjonction de la symphyse pubienne, qui a été observée exceptionnellement à la suite des accouchements spontanés et, un peu plus souvent, à la suite de l'extraction fœtale par forceps ou version.

Il faut, cependant, se garder de conclure, de l'énumération qui précède, que la mortalité maternelle à la suite de l'accouchement dans les bassins viciés est élevée.

Elle est, au contraire, très faible, car les accidents dont nous avons parlé ne se voient guère que dans les accouchements mal surveillés et pour lesquels un traitement convenable n'a pas été appliqué en temps utile. Une telle éventualité est aujourd'hui exceptionnelle, au moins dans la clientèle hospitalière qui, seule, peut se prêter à l'établissement de statistiques démonstratives.

Le temps est loin où MICHAELIS et LITZMANN accusaient respectivement une mortalité de 10,5 % et de 7,3 %. Les bulletins de la Clinique d'accouchement de Paris compulsés de 1852 à 1883 donnaient une proportion de 8,3 % et ceux de la Maternité, de 1860 à 1869, allaient jusqu'à 22 %.

L'introduction de l'asepsie d'une part, et d'autre part, les progrès de la thérapeutique tant au point de vue des indications que de la technique, ont heureusement changé ces pourcentages. Dès 1891, TARNIER signalait pour 281 cas, dont 131 d'accouchements spontanés, une mortalité de 1,7 % seulement, et, en 1893, BUDIN n'avait pas un seul décès sur 131 cas, dont 106

accouchements spontanés et 25 artificiels. Actuellement, et sans entrer dans le détail des statistiques plus récentes, dont il serait inutile de reproduire les chiffres tous semblables, on peut dire que la mortalité maternelle dans les rétrécissements du bassin se réduit à celle des interventions qui sont pratiquées pour leur traitement, c'est-à-dire qu'elle est pratiquement nulle lorsqu'on considère les cas où l'accouchement s'est fait par les voies naturelles (accouchement à terme ou avant terme, spontané ou après extraction artificielle), et qu'elle est exactement celle des opérations sanglantes, dans les cas où ces opérations ont été pratiquées.

Personnellement, nous notons, sur les douze observations que nous allons présenter, un seul cas de décès (Obs. X).

Passons maintenant à l'énumération et à l'étude de quelques observations typiques, recueillies dans les différents services de la Maternité Adolphe-Pinard, de Nancy.

OBSERVATION I

Observation extraite de la thèse de Nancy du 25 juillet 1932 (Dr. SOUKMANHOFF) :

La nommée Jeanne D..., 35 ans, tertipare, entre à la clinique le 12 février 1930.

Antécédents héréditaires : Parents vivants. Père bien portant; mère : maladie de foie.

Antécédents collatéraux . Un frère mort à cinq mois de convulsions.

Antécédents personnels :

1° *Physiologiques* : A marché tard. Régulée à 12 ans; irrégulièrement jusqu'à 20 ans. Retards pouvant aller jusqu'à un mois. Règles durant de 4 à 8 jours; abondantes, non douloureuses.

2° *Pathologiques* : Rougeole de l'enfance; à 15 ans : Fièvre typhoïde. Femme obèse.

Antécédents obstétricaux : Deux grossesses antérieures.

Première grossesse en 1927. Accouchement à terme; enfant mort-né, mort pendant l'accouchement.

Deuxième grossesse en 1929. Poids 4.000 gr. Présentation du siège. Délivrance artificielle. Enfant mort à 6 jours. Bordet-Wassermann négatif fait le 16 mars 1929.

Troisième grossesse actuelle. Dernières règles du 1^{er} au 5 mai, la femme est donc à terme après une grossesse normale (quelques vomissements, vertiges, céphalées).

Premières douleurs dans la nuit du 11 au 12 qui deviennent plus vives dans la matinée du 12. A partir de midi, douleurs toutes les 10 minutes. Entre à la salle de travail à 14 heures le 12 février.

Examen direct le 12 février. H. U. 37 cm. Tête mobile, dos à droite. Battements bons. Au toucher : dilatation entre 5 fr. et 1 petite paume.

Poche des eaux saillante. Tête au-dessus du détroit supérieur. Présentation du sommet. On maintient la présentation par une ceinture.

A 15 h. 30, rupture spontanée de la poche des eaux, il s'écoule un liquide verdâtre en grande quantité. Battements accélérés et rapides.

Marche du travail : A 16 h. 30, au toucher, col dilatable, tête mobile très élevée. Battements rapides. Douleurs fréquentes, mais pas vives.

Le 13, à 2 h., au toucher, état stationnaire. Battements bons, mais toujours accélérés. Tête à la partie haute. Douleurs espacées. Température : 37°. A 8 h., au toucher (M. le Pr. FRUHINSHOLZ), situation stationnaire. Col flottant, dila-

té comme une petite paume. Tête mal fléchie en D. T. au détroit supérieur. Elle n'est pas retenue par le col sur lequel elle n'applique pas. Pas d'obstacle osseux.

Il s'agit d'une dystocie de multipare obèse par mauvaise orientation de la tête. Etant donnés les signes de souffrance fœtale : liquide vert, battements rapides, longue durée du travail sans aucun progrès dans l'accouchement, on décide de terminer.

Anesthésie générale au Schleich. Forceps (grand modèle Tarnier) en D. T. par les manœuvres habituelles sans difficulté. Articulations faciles. Frictions très en arrière. La tête s'engage sans grande résistance; elle bute, cependant, sur le col. Enucléation de la tête, mais elle reste collée à la vulve. Difficultés aux épaules. Le tronc suit sans difficultés. Fille de 4.530 gr., qui naît légèrement étonnée, mais elle ne tarde pas à crier. Il est 8 h. 45.

Délivrance normale dans les 20 minutes. Placenta de 750 grammes, friable. Cordon, insertion excentrique, longueur : 0 m. 60. Caduque épaisse. Suites de couches normales. Dès le 14, l'enfant présente des convulsions et succombe le 16 février.

OBSERVATION II

Nous ne ferons que rappeler ici le cas observé à la Maternité de Nancy en 1930 d'une multipare, qui, après un accouchement laborieux, expulse hors de la vulve la tête du fœtus, alors qu'au même instant l'utérus se tétanise, s'étrangle, prenant une forme en sablier et se rompt.

La rupture utérine est donc le danger constant qu'il faut toujours, à tout prix, essayer de prévenir et cela, ainsi que nous le redirons plus loin, grâce à une césarienne « complaisante ».

OBSERVATION III

Madame D..., 25 ans. On ne signale rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Il s'agit d'une femme à bassin rétréci, présentant une incurvation des jambes assez prononcée, le tout étant d'origine vraisemblablement *rachitique*. De plus, elle a marché tard.

Elle eut une première grossesse normale, terminée par un accouchement spontané à terme, effectué dans des conditions normales, d'un enfant de 3.500 gr.

La deuxième grossesse, par contre, devait se terminer par un accouchement dystocique.

La femme entre en travail le 12 janvier 1927, dans la soirée. Le 13, à 6 h. 15, elle perd les eaux : un liquide rosé s'écoule. La palpation, à ce moment, révèle un sommet mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche. Battements bons.

Un toucher, effectué une heure plus tard, montre le col complètement effacé et dilaté entre 2 et 5 fr. La tête est, au détroit supérieur, inclinée sur son pariétal postérieur; on sent, en effet, la grande suture orientée transversalement, assez rapprochée de la symphyse pubienne et l'on note un net chevauchement du pariétal supérieur sur l'inférieur. La petite fontanelle est accessible à gauche.

On attend encore une heure, puis un nouveau palper et toucher sont pratiqués. On sent très nettement, faisant saillie au-dessus et un peu à droite de la symphyse pubienne, une masse dure, résistante, de consistance osseuse, ayant tous les caractères du front, signature d'une flexion défectueuse de la tête et d'un léger défaut d'orientation de cette dernière. A gauche, on sent le dos et le crochet de l'épaule. La tête est encore légèrement mobile au détroit supérieur. Le toucher confirme les données de la palpation.

Devant l'absence de tout engagement de la présentation et tenant compte, d'autre part, des antécédents rachitiques

de la parturiente, on est sur le point de faire une césarienne. Mais, brusquement, au cours d'un lavage, la femme se met à pousser puissamment. En une contraction, la tête est expulsée en occipito-pubienne. Les épaules et le tronc passent sans difficulté. L'enfant naît étonné et ne crie qu'au bout de 20 minutes. C'est une fille de 2.900 gr. Placenta : 400 gr.

OBSERVATION IV

Mme B..., 28 ans. Il n'y a rien à retenir de ses antécédents héréditaires et collatéraux. C'est une *rachitique pseudo-ostéomalacique*, ayant marché tard et à promontoire accessible.

Première gestation en 1923. Grossesse gémellaire. Accouchement prématuré au 8^e mois. Deux garçons de 2.580 gr. et 2.700.

Deuxième gestation en 1924. Accouchement trois semaines avant le terme normal. Garçon de 3,550 gr.

Troisième gestation en 1925. Accouchement normal.

Quatrième gestation en 1927. Le 23 janvier, à 23 h., la femme éprouve d'assez vives douleurs revenant assez régulièrement toutes les 10 minutes.

A 7 h. du matin, les contractions se produisent toutes les 2 à 3 minutes.

Palper : sommet mobile. Dos à gauche.

Auscultation : Battements bons, assez sourds.

Toucher : Dilatation complète; seul, un col un peu épais persiste encore à droite. Poche des eaux très saillante; on en provoque la rupture. Une grande quantité de liquide s'échappe. La tête s'applique au détroit supérieur. Grande suture en transverse. Grande fontanelle à droite. Tête mal fléchie.

A 9 h., toucher : col encore perceptible à droite. Tête

en transverse, dure, sutures étroites, à la partie haute de l'excavation.

A 10 h. 30, la tête a un peu descendu. La grande suture est en oblique. La petite fontanelle est accessible à gauche et en avant. Le pariétal antérieur est plus accessible que le postérieur. Donc, contrairement à ce qui se passe à l'état normal, la présentation s'est engagée en *asynclitisme antérieur*. Le toucher permet encore de constater un léger chevauchement des pariétaux : il témoigne de l'amointrissement de la tête avant son engagement et de son passage à frottement à travers la filière pelvienne.

A 12 heures, la femme éprouve le besoin de pousser. La tête apparaît à la vulve 10 minutes après. Elle progresse rapidement et se dégage en G. A. La rotation, en effet, n'est pas complètement effectuée, car il existait une grosse bosse sero-sanguine sur le *pariétal droit* (antérieur) témoin de l'engagement de la tête en asynclitisme antérieur et de la persistance de cette position vicieuse.

OBSERVATION V

Mme G..., 29 ans.

Antécédents héréditaires : Père bien portant. Mère morte de cardiopathie.

Antécédents collatéraux : Deux avortements et un enfant mort en bas âge.

Antécédents personnels : Aurait marché à 1 an. Réglée à 13 ans, régulièrement. A toujours présenté un léger degré d'anémie.

Première gestation : le 7 mai 1928. Garçon de 3.550 gr. Accouchement un peu long. Enfant bien portant.

Deuxième gestation : le 16 juillet 1929. Accouchement lent, mais normal. Garçon de 3.500 gr., bien portant.

Troisième gestation : le 6 janvier 1931. Travail lent. Accouchement normal. Enfant de 3.500 gr. bien portant.

La quatrième gestation est celle qui nous intéresse.

Dernières règles du 26 au 31 mars 1932. Vomissements le cinquième mois. Ictère. Puis tout se passe normalement.

Le 12 janvier 1933, à 7 h. du matin, rupture prématurée des membranes accompagnée de quelques douleurs lombaires.

Le 13 janvier, douleurs irrégulières. Très léger début de dilatation cervicale. Un médecin appelé dirige la femme sur la Maternité.

A l'examen :

Palper : Hauteur de l'utérus : 36 cm. Le sommet est amorcé. Dos à gauche.

Toucher : *Grosse antéversion utérine*. Col flottant en arrière et déprimant légèrement la paroi vaginale postérieure. Dilatation de 2 à 5 fr.

La tête est à la partie haute de l'excavation, tête très ossifiée. Sutures étroites. Grande suture en transverse.

Auscultation : Les battements du cœur sont bons.

Les contractions utérines sont de plus en plus vives et de plus en plus rapprochées.

Le 14 janvier, à 4 heures du matin, la femme éprouve le besoin de pousser. On touche : la dilatation est presque complète, mais il existe encore un bourrelet du col en avant et à droite. La tête est à la partie moyenne de l'excavation en G. A. La femme continue à pousser et la tête progresse et se dégage finalement en occipito-pubienne.

Il existe autour du cou un circulaire simple du cordon que l'on réduit facilement. Les épaules et le reste du corps suivent facilement. C'est un garçon de 3.950 gr. qui crie aussitôt. Placenta : 590 gr.

On remarque sur le pariétal gauche (postérieur) une petite dépression avec escharre noirâtre, et sur le pariétal droit, une petite bosse séro-sanguine.

OBSERVATION VI

Madame V..., 44 ans.

Nous n'avons aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Elle-même a marché à 14 mois. A été réglée à 13 ans, régulièrement. Règles peu abondantes et douloureuses.

Première gestation en 1907. Avortement au 4^e mois de sa grossesse.

Deuxième gestation en 1909. Garçon à terme mort-né après accouchement par le siège.

Troisième gestation en 1912. Fille à terme mort-née après accouchement par le siège.

Quatrième gestation en 1919. Fille à terme mort-née après accouchement par le siège.

Cinquième gestation en 1925. Fille de 3.450 gr. à terme. Accouchement normal. Nourrie au sein jusqu'à 11 mois. Morte de pneumonie.

Sixième gestation en 1927. Grossesse ayant évolué normalement.

Dans la nuit du 28 au 29 juin, à 23 h., apparaissent des douleurs abdominales se reproduisant toutes les 5 minutes. Elles s'intensifient rapidement et, à 1 h. du matin, la femme est conduite à la salle de travail. Un examen fait les jours précédents avait révélé un promontoire accessible et un fœtus « ballotant » avec présentation du sommet; on avait fixé le tout par deux boules de coton placées latéralement et une flanelle bien serrée.

Palper : La tête est très mobile au-dessus du détroit supérieur. Le dos est à droite.

Auscultation : Les battements sont bons.

Toucher : Le col présente une dilatation de 2 à 5 fr.

A 2 h. 45, la femme éprouve le besoin de pousser. On pratique un nouveau toucher : la dilatation est complète. La poche des eaux très saillante est rompue artificiellement; un liquide très abondant et légèrement verdâtre s'écoule.

On accède sur les bosses pariétales et la racine du nez. *Il s'agit donc d'une présentation du front.*

A 3 h., la tête est toujours très élevée, avec présentation du front persistante.

A 3 h. 30, la tête se maintient mobile au-dessus du détroit supérieur sans aucune tendance à l'engagement.

Etant donné qu'il s'agit d'une sixième grossesse et qu'aucun des enfants précédents n'est vivant, on renonce à la version et on décide de terminer par une césarienne haute. L'opération se fait facilement. Une fille de 3.800 gr. est extraite rapidement et crie aussitôt. La femme saigne assez abondamment. On lui fait une piqûre d'ergotine. Les tissus sont friables, spécialement la tranche utérine. Suites normales.

OBSERVATION VII

Madame R..., 30 ans.

Antécédents héréditaires : Père mort d'embolie à 65 ans. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux : Deux frères et sœur hérédosyphilitiques.

Antécédents personnels : Régée à 16 ans. Règles peu abondantes durant 3 jours. Stigmates d'hérédo-syphilis : nez en lorgnette très marqué, bosses frontales saillantes. Absence d'appendice xiphoïde. Pas de malformations dentaires ni d'autres signes d'hérédo-syphilis.

Première gestation le 30 août 1925. Fille de 3.000 gr., née à terme, morte à 4 jours (a refusé de boire et n'avait présenté aucune élimination vésicale ni rectale).

Deuxième gestation le 1^{er} mars 1927. Garçon de 3.500 gr. né à terme. Accouchement normal. Enfant bien portant.

Troisième gestation le 8 août 1928. Garçon de 3.800 gr. né à terme. Accouchement normal. Enfant bien portant.

Quatrième gestation le 18 décembre 1929. Fille de 3.000 gr., née à terme, morte à 1 an après rougeole.

Cinquième gestation le 28 février 1934.

La mère a subi un traitement anti-syphilitique au cours de cette grossesse. La femme a ressenti les premières douleurs dans la nuit du 26 au 27 février. Dans la nuit du 27 au 28, elles sont plus fortes et plus rapprochées.

Le 28 février, à 6 h. du matin, la dilatation est complète et l'on rompt artificiellement les membranes. Les contractions utérines restent très fortes jusqu'à 16 h. Un médecin appelé, dirige la femme sur la Maternité.

Examen :

Mensuration : Hauteur de l'utérus : 32 cm.

Palpation : *Utérus globuleux et antéversé.* La tête remonte à trois travées de doigt au-dessus de la symphyse sans toutefois déborder. Le dos est à gauche.

Auscultation : Les battements du cœur fœtal sont rapides mais bien frappés.

Toucher : Le col est dehiscant, dilatable comme une grande paume. La tête est au détroit supérieur et l'on sent la grande suture plus rapprochée du promontoire que de la symphyse. Elle aurait donc tendance à s'engager en *asynclitisme antérieur*. Les sutures et la grande fontanelle sont étroites tandis que le promontoire est facilement accessible. Deux faux promontoires plus saillants sont également perceptibles. Les sinus sacro-iliaques sont étroits et peu profonds. Il s'agit donc d'un bassin à lésion sévère, vraisemblablement d'un bassin rétréci canaliculé ayant, cependant, déjà permis à plusieurs têtes de passer sans encombre.

A 24 h., l'utérus est fortement dévié vers la gauche et tordu sur son axe. Au palper, la tête reste toujours mobile au-dessus du détroit supérieur, mais ne semble pas déborder. Le dos est à gauche.

Les battements sont rapides et étouffés par instants, signifiant un début de souffrance fœtale. Le toucher montre un col flottant, souple, dilatable. La tête est en G. A., mal fléchie et *fortement inclinée sur son pariétal antérieur*. On réussit facilement à la refouler au-dessus du détroit supé-

rieur et l'on tente de l'incliner sur son pariétal postérieur. Déjà accommodée dans sa première position vicieuse, elle revient rapidement.

Dans ces conditions, en raison de l'inefficacité des contractions utérines et de la souffrance fœtale, on décide de terminer l'accouchement par une césarienne basse. Après rachianesthésie et écoulement d'un liquide très vert, on extrait très facilement, à l'aide du levier préhenseur de Farabeuf, l'enfant qui naît étonnée, mais ne tarde pas à crier. C'est une fille de 3.550 gr. avec un gros placenta de 800 gr. Une bonne rétraction utérine fait suite à la délivrance artificielle.

OBSERVATION VIII

Madame L..., 27 ans.

Antécédents héréditaires : Mère morte des suites d'avortement. Père bien portant.

Antécédents collatéraux : Six frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels : Torticolis congénital avec asymétrie faciale. Bordet-Wassermann négatif. Aurait marché à 1 an. Réglée à 12 ans. Règles peu abondantes durant 8 jours, indolores, régulières.

Première gestation en 1922. Accouchement normal à terme. Garçon de 3.240 gr. nourri au sein et mort à 4 mois de gastro-entérite.

Deuxième gestation en 1923. Accouchement normal à terme. Garçon de 3.000 gr. bien portant.

Troisième gestation en 1926. Accouchement normal à terme. Garçon de 3.200 gr.

Bordet-Wassermann négatif. Traitement est refusé par la femme au cours de la troisième grossesse.

Quatrième gestation en 1928. Accouchement prématuré d'une fille, nourrie artificiellement et morte à 17 jours.

Cinquième gestation en 1931.

Après une grossesse normale, la femme fait une chute le 10 mars puis ressent pendant toute la journée de petites douleurs lombaires. Elle perd les eaux au cours de la nuit et entre à la Maternité le 11 mars, à 1 h. du matin, avec des contractions se renouvelant toutes les 7 à 10 minutes.

Le sommet est accessible de chaque côté au niveau du détroit supérieur. Les battements sont bons.

Au toucher, le col est flottant. Dilatation comme 2 fr. On sent la grande suture en transverse, inclinée sur son pariétal postérieur. Les membranes sont rompues. Deux tampons latéraux et une ceinture sont appliqués.

A partir de 4 h. du matin, les douleurs sont très violentes.

Le palper montre que la tête, assez volumineuse, n'a nullement progressé. Elle ne déborde cependant pas.

Les battements sont bons.

A 6 h. 30, on pratique un toucher. Le col est toujours flottant et la dilatation comme 2 fr. La tête est en transverse inclinée sur son pariétal postérieur. Le chevauchement d'une grande suture est très marqué. On atteint la grande fontanelle à bout de doigt.

A 8 h. 30, la tête semble s'amorcer, quoiqu'encore très haute. La grande suture est à égale distance de la symphyse et du promontoire. Une grosse bosse séro-sanguine est appliquée sur le col et celui-ci présente une dilatation entre 5 fr. et une petite paume.

A 10 h., dilatation d'une petite paume. La femme se plaint tellement qu'on lui fait une piqûre de morphine. Soulagée momentanément, ses cris recommencent de plus belle, bien que les douleurs ne réapparaissent que toutes les 15 ou 20 minutes.

A 15 h., toucher : la dilatation est d'une petite paume. La tête est toujours au détroit supérieur et offre sa grande suture à égale distance du promontoire et du pubis.

A 21 h. 30, s./cut. Pantopon, car on note une hypertonie

considérable et très douloureuse de l'utérus qui se cabre devant l'obstacle osseux.

Dans la nuit du 11 au 12 mars, la tête s'est fixée. Le col présente la dilatation d'une grande paume sous l'influence de la volumineuse bosse séro-sanguine qui le dilate.

Au début de la matinée (8 h. 30), rien n'est changé, la grande suture toujours en transverse, est cependant reportée très en arrière. On a l'impression nette que la tête butte contre le promontoire. Les battements sont très bons. Les douleurs se rapprochent.

Dans ces conditions, et la tête n'ayant pas progressé depuis la veille, on décide de faire une césarienne basse, après rachi-anesthésie.

On extrait une fille de 3.720 gr. qui crie aussitôt, le placenta pèse 750 gr.

On constate que la tête de l'enfant est déformée et présente un aspect piriforme. En outre, du côté droit (région pariéto-temporale droite), on remarque un placard rouge barré de deux taches grises, traces laissées par la compression successive du promontoire au fur et à mesure de l'amointrissement et de l'engagement de la tête. On note, enfin, une petite ecchymose sur le front et le nez.

OBSERVATION. IX

Madame F..., 40 ans.

Rien à retenir de ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Réglée à 13 ans, régulièrement.

Première gestation en 1908. Plusieurs applications de forceps furent faites et finalement on pratiqua l'extraction d'un enfant mort.

Deuxième gestation en 1911. Accouchement normal d'une fille de 3.000 gr.

Troisième gestation en 1913. Accouchement normal d'un

garçon de 3.300 gr. L'enfant, cependant, était resté assez longtemps au détroit supérieur avant d'engager un pôle.

Quatrième gestatin en 1920. Accouchement prématuré d'un fœtus de 7 mois.

Cinquième gestation en 1921. Accouche normalement d'une fille.

Sixième gestation en 1928. La femme entre à la Maternité au début de la matinée du 18 avril 1928 ressentant des contractions utérines douloureuses toutes les 10 minutes.

A l'examen, on constate une *obliquité utérine* très marquée.

Palpation : Sommet au-dessus du détroit supérieur, élevé et mobile. Le dos est à droite.

Auscultation : Battements bons.

Le toucher confirme l'existence d'un bassin généralement rétréci. La dilatation est presque complète et l'on sent la tête à bout de doigt derrière une poche des eaux saillante que l'on rompt artificiellement tandis qu'un aide redresse l'utérus et le maintient dans l'axe du détroit supérieur. Un liquide clair et assez abondant s'écoule. La tête semble alors prendre contact avec le bassin osseux et l'on sent maintenant très bien la grande suture, en transverse, plus rapprochée du promontoire. Les contractions utérines reviennent énergiquement toutes les 5 minutes. On n'enregistre aucune modification dans le courant de l'après-midi.

A 18 h. apparaît une voussure sus-pubienne formée probablement par le segment inférieur distendu et œdématisé. Un peu de col persiste à droite en avant et en arrière. La tête, à la partie haute de l'excavation en D. T. est très mal fléchiée. La grande fontanelle est facilement accessible au centre. La grande suture est toujours orientée transversalement, très rapprochée du promontoire.

A 18 h. 30, en raison de la distension et de l'œdème du segment inférieur, de la mauvaise orientation de la tête (*asynclitisme antérieur*), qui est dure et de son absence de progression, on décide de terminer l'accouchement par une césarienne basse. On extrait une fille de 4.200 gr. un peu

étonnée, mais qui ne tarde pas à crier. Un Bordet-Wassermann, fait un peu plus tard sur la mère se révèle négatif. Placenta : 800 gr.

OBSERVATION X

Madame B..., 42 ans.

Il s'agit d'une femme présentant un léger rétrécissement du bassin et dont la septième grossesse se termine par une application de forceps sur une présentation du front.

Première gestation en 1907. Accouchement prématuré spontané d'un enfant de 7 mois et demi, nourri au sein et vivant.

Deuxième gestation en 1909. Accouchement prématuré, spontané d'un enfant de 8 mois, nourri au sein et vivant.

Troisième gestation en 1910. Accouchement à terme après un travail de 12 heures, ce qui, évidemment, est trop long pour une multipare.

Quatrième gestation en 1912. Accouchement à terme après un travail de 6 heures.

Cinquième gestation en 1914. Accouchement à terme dans des conditions normales.

Sixième gestation en 1916. Accouchement à terme après un travail prolongé. L'enfant meurt 5 jours après.

Septième gestation en 1918.

Après une grossesse normale, les premières contractions douloureuses apparaissent le 26 décembre à 14 h. La poche des eaux se rompt le 27 à 1 h. du matin. La femme entre à la salle de travail à 1 h. 30. La tête est amorcée au détroit supérieur et le col dilaté comme 5 fr. A 9 h., nouvel examen :

Palpation : Utérus remontant à 36 cm au-dessus de la symphyse. La tête est au détroit supérieur mal fléchie. Le crochet de l'épaule se trouve sur la ligne médiane. Le dos est à gauche. L'occiput, très saillant à gauche, forme avec le dos, un coup de hache très caractéristique. La tête ne débord pas la symphyse.

Auscultation : Les battements sont bons; on les entend avec le maximum d'intensité au niveau de l'ombilic.

Toucher : Col presque complètement dilaté. Poche des eaux rompue. La tête, volumineuse et dure, est en partie recouverte par une bosse séro-sanguine ne permettant pas de sentir ni les sutures ni les fontanelles. On tombe, à droite et assez haut, sur la racine du nez et sur les deux régions orbitaires. L'œil droit est immédiatement derrière la symphyse. Les contractions utérines sont bonnes, énergiques et fréquentes (toutes les 3 à 4 minutes).

On décide d'attendre, comptant sur la malléabilité de la tête fœtale pour obtenir l'accouchement spontané.

A 12 h., la palpation donne l'impression que la région occipitale est moins volumineuse. La tête paraît être descendue à frottement. Les contractions, par contre, s'arrêtent.

A 13 h. 30, la dilatation est complète. La tête plonge davantage encore dans l'excavation et la bosse séro-sanguine a augmenté de volume. Les battements fœtaux sont normaux. On note, toutefois, un léger œdème du segment inférieur ainsi que l'arrêt persistant des contractions utérines. On fait prendre à la femme 0 gr. 50 de quinine.

A 15 h. 30, les contractions réapparaissent. Par contre, les battements, quoique bien frappés, sont plus rapides.

Dans ces conditions, on décide de terminer par une application de forceps. Après un essai infructueux avec le Tarnier petit modèle, on utilise avec succès le grand modèle. La tête obéit et descend dans l'excavation. La rotation se fait sur le plancher périnéal et la tête se dégage. Le reste du corps suit facilement. Un enfant de 3.600 gr. naît en état de mort apparente. La tête présente la déformation et la bosse séro-sanguine caractéristiques de la présentation du front. Bien que les battements aient été entendus pendant toute l'extraction, et malgré tous les soins donnés, l'enfant ne peut être ranimé.

Huitième gestation en 1926.

Le 21 juillet à 4 h. du matin, la femme ressent quelques douleurs dans le bas-ventre. Elle entre à la Maternité à

9 h. et demie ayant des douleurs toutes les 5 minutes.

A la palpation, la tête est élevée et mobile. Le dos est à gauche.

Un toucher pratiqué à 10 h. permet de sentir la tête à la partie haute de l'excavation et derrière la symphyse. La poche des eaux, saillante, a déjà dilaté le col comme 5 fr. Le promontoire est accessible.

A 11 h. 15, les membranes se rompent spontanément et un liquide abondant et clair s'écoule. La dilatation est d'une grande paume à ce moment, tandis que la tête semble s'amorcer. Un nouveau toucher est pratiqué.

A 17 h., la tête est élevée, mobile, inclinée sur le pariétal postérieur en G. T., bien fléchie. La dilatation est presque complète.

Devant la persistance de cette station prolongée de la tête, au-dessus du détroit supérieur, sans aucune tentative d'engagement, et étant donnés les incidents de l'expulsion à l'occasion de la grossesse antérieure, on décide de faire une césarienne basse. Après anesthésie au chloroforme, on extrait péniblement au forceps, par la brèche utéro-abdominale, un garçon de 3.600 gr. en état de mort apparente que l'on ranime au bout d'un quart d'heure d'efforts. Le placenta est extrait sans incident. La femme est cyanosée, mais le pouls et la respiration sont bons. Toutefois, pendant la péritonisation de la plaie utérine, la femme se cyanose davantage. On cesse le chloroforme tandis que la femme présente un rythme respiratoire du type Cheyne-Stokes. La pupille est contractée. Le réflexe cornéen ne réapparaît pas. Le pouls devient filant et misérable. La respiration s'arrête. Malgré les tractions de la langue, la respiration artificielle et une intra-cardiaque d'adrenaline, la femme ne peut être ranimée.

L'enfant lui-même, après avoir présenté des convulsions pendant les jours qui ont suivi sa naissance, succombe le 7^e jour.

OBSERVATION XI

Madame G...

Femme de 42 ans ayant 10 frères et sœurs dont 5 sont morts en bas-âge. Elle présente quelques stigmates d'hérédosyphilis : bosses pariétales légèrement saillantes, voûtes palatines ogivales. Rien à retenir, par ailleurs.

Première gestation en décembre 1914. Accouchement à terme d'une fille après un travail de 48 heures terminé par une prise de forceps.

Deuxième gestation en janvier 1916. Accouchement prématuré à sept mois d'une fille qui a survécu.

Troisième gestation en 1921. Accouchement à terme d'une fille grâce à trois applications successives de forceps, les deux premières ayant « dérapé ».

Quatrième gestation en août 1929. Accouchement à terme d'une fille, après une application de forceps.

Cinquième gestation en mars 1933. Avortement en deux temps d'un fœtus de cinq mois.

Sixième gestation en décembre 1933. Avortement en deux temps d'un fœtus de 2 mois et demi.

Septième gestation en février 1935.

Le 22 février à 20 h., la poche des eaux se rompt et la femme se plaint de douleurs lombaires.

Le 23 février, la hauteur de l'utérus est de 34 cm. L'utérus est étalé transversalement. Le sommet très mobile et le dos à gauche. Les battements sont bons.

Au toucher, on sent un col souple, effacé et dilaté comme 5 fr. Le promontoire est accessible. On applique deux tampons et une ceinture. On ne remarque aucune contraction utérine.

Le 24 février, un liquide verdâtre s'écoule. Les battements du fœtus sont rapides. A 10 h. 30, la dilatation est toujours de 5 fr. On sent la tête au-dessus du détroit supérieur, en asynclitisme postérieur. La femme ne ressent que quelques douleurs lombaires. On administre un peu de quinine qui

permet d'obtenir quelques contractions irrégulières dans l'après-midi.

A 18 h. 40, la tête est toujours mobile au-dessus du détroit supérieur, quoique bien fléchie en G. T. La dilatation reste stationnaire.

A 19 h. 40, on injecte 1/4 cc d'hypophyse. 10 minutes après, les contractions abdominales apparaissent, mais courtes.

A 20 h. 15, nouvelle injection d'hypophyse (1/2 cc). Jusqu'à 22 h., les contractions sont irrégulières, espacées de 5 à 7 minutes et durent assez longtemps. Puis elles s'espacent toutes les 10 à 15 minutes. Les battements du fœtus sont rapides.

Le 25 février à 6 h. du matin, le sommet est mobilisable. Les battements sont réguliers. Le col flottant, est toujours dilaté à 5 fr. La tête semble orientée entre la position G. A. et G. T. inclinée sur son pariétal postérieur.

A 8 h., aucune contraction.

Dans ces conditions et en raison de la mobilité persistante de la tête et du rétrécissement pelvien, on prend le parti de faire une césarienne basse, tant que les battements sont encore bons.

On extrait une fille de 3.730 gr. Placenta : 750 gr.

Bordet-Wasermann négatif.

OBSERVATION XII

Madame G..., 33 ans.

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, nous ne retiendrons que sa mère morte de bacillose et 10 frères et sœurs, dont 5 morts en bas-âge de convulsions et de méningite.

Elle-même a eu des convulsions à trois mois; à 3 ans, des crises d'épilepsie, paralysie des mains et des pieds. A 9 ans, elle aurait eu une méningite. Depuis, elle se plaint de cé-

phalées très fréquentes et de règles très douloureuses. Les crises épileptiques ont disparu à 16 ans et demi, date d'apparition de ses premières règles.

En 1930, c'est-à-dire après la seconde grossesse, elle a été opérée d'un prolapsus utérin.

En 1934, elle a eu une salpingite.

A l'examen, on constate chez elle des stigmates d'hérédosyphilis : dents écartées fortement striées transversalement, petites, en tournevis. Voûtes palatines très ogivales. Pas de bosses frontales saillantes. Nez normal.

Première gestation en 1927. Accouchement normal d'un garçon à terme.

Deuxième gestation en 1929. Travail long. Accouchement à terme d'une fille de 4.030 gr. Morte à 14 mois de méningite avec convulsions.

Troisième gestation en 1931. Travail long. Accouchement à terme par une prise de forceps d'un garçon de 4.000 gr. Mort à 12 mois de convulsions.

Quatrième gestation en 1932. Accouchement à terme d'une fille de 4.200 gr. Morte à 13 mois de broncho-pneumonie.

Cinquième gestation en 1933. Accouchement spontané à terme, après un travail long d'un garçon de 4.500 gr. (la femme avait subi un traitement anti-syphilitique pendant cette grossesse).

Sixième gestation en 1934.

Le 27 septembre 1934, la femme perd les eaux et, à 22 h. apparaissent les premières douleurs.

Palper : Hauteur de l'utérus : 35 cm. Tête très mobile, dos à gauche.

Auscultation : Battements perçus très haut.

Toucher : Le col est dilaté comme 2 fr. On sent la tête à bout de doigt. Un liquide légèrement teinté suinte continuellement à la vulve. Quelques douleurs.

Le 28 septembre : douleurs pas plus intenses.

Le 29 septembre, le liquide devient vert. Les battements sont bons.

Le 30 septembre, la tête est bien fixée et accessible encore des deux côtés.

Le 1^{er} octobre à 1 h., *peu de contractions*. Ecoulement d'un liquide verdâtre et odorant.

Température : 38°. Battements bons.

Le toucher permet de sentir une bosse séro-sanguine. L'insuffisance des contractions, l'écoulement d'un liquide verdâtre et odorant, les battements encore bons, la fièvre légère chez une femme à promontoire accessible et à passé gynécologique imprécis, font poser les indications d'une opération césarienne basse.

On extrait péniblement une fille inerte, ayant des battements cardiaques, mais aucun mouvement respiratoire. On enlève d'abondantes mucosités à la compresse puis avec le tube laryngé de Ribemont, mais, malgré frictions et bains, l'enfant ne revient pas à la vie.

Notons enfin, qu'en 1935, après traitement au Novar. et au Quinby, cette femme fit une grossesse gemellaire bivitelline et accoucha de deux filles de 3.060 gr. et 3.350 gr. en présentation du siège.

Après l'énumération de ces quelques observations, nous allons en faire la critique et dégager schématiquement, de chacune d'elles, les traits les plus caractéristiques.

OBSERVATION I

Tertipare. Antécédents rachitiques. Femme obèse.

Premier accouchement spontané, en 1927, à terme, d'un enfant mort-né.

Deuxième accouchement spontané, en 1929, d'un enfant de 4.000 gr. mort à 6 jours.

Troisième accouchement dystocique, en 1930. Tête mal fléchie en D. T., n'ayant aucune tendance à l'engagement,

malgré un travail prolongé. *Mauvaises douleurs* (irrégulières dans leur fréquence et dans leur intensité). Signes de souffrance fœtale. Anesthésie générale au Schleich. Forceps (Tarnier grand modèle). Naissance à terme d'une fille de 4.530 gr. qui naît légèrement étonnée, mais ne tarde pas à crier. Elle succombe trois jours plus tard, ayant présenté des convulsions.

OBSERVATION II

Multipare. Accouchement laborieux. *Rupture utérine* au moment de l'expulsion de la tête hors de la vulve.

Contractions utérines hypertoniques : l'utérus s'allonge, s'étrangle légèrement, prenant une forme en sablier, et se rompt.

OBSERVATION III

Secondipare. Antécédents rachitiques.

Premier accouchement spontané à terme d'un enfant vivant de 3.500 gr.

Deuxième accouchement dystocique : tête se présentant au détroit supérieur inclinée sur son pariétal postérieur et débordant au-dessus et à droite de la symphyse pubienne : c'est une *tête mal fléchie et d'orientation défectueuse* (front). Tête présentant une *bonne consistance*, puisque le toucher permet de sentir un net *chevauchement des pariétaux*, témoin des essais d'amoindrissement de la tête pour franchir l'obstacle pelvien. Bonnes douleurs sur la fin. Accouchement spontané, alors qu'on s'apprêtait à faire une césarienne, d'une fille de 2.900 gr. qui naît étonnée et crie au bout de 20 minutes.

Nous voyons donc ici une femme accoucher normalement d'un premier enfant de 3.500 gr. et faire, avec le même bassin, un accouchement dystocique pour le second enfant, cependant sensiblement plus petit que le premier. La cause

réside dans une mauvaise orientation de la présentation, elle-même en rapport avec une tonicité utérine déficiente, rangon de la multiparité.

OBSERVATION IV

Quartipare. Bassin rachitique pseudo-ostéomalacique à promontoire accessible.

Premier accouchement spontané en 1923, à 8 mois, de deux garçons de 2.580 et 2.700 gr.

Deuxième accouchement spontané, en 1924, à 8 mois, d'un garçon de 3.550 gr.

Troisième accouchement spontané, en 1925, à terme, d'un enfant de 3.550 gr.

Quatrième accouchement dystocique, en 1927 : *bonnes douleurs. Engagement de la tête en asynclitisme antérieur.* Malgré la dureté de la tête, on sent un léger chevauchement des pariétaux. Travail prolongé. Accouchement par les voies naturelles d'un enfant, de poids non connu, mais présentant *une grosse bosse séro-sanguine sur le pariétal droit (antérieur).*

OBSERVATION V

Quartipare. Rien à retenir dans ses antécédents.

Premier accouchement spontané en 1928, pénible, d'un garçon de 3.500 gr.

Deuxième accouchement spontané, en 1929, pénible, d'un garçon de 3.500 gr.

Troisième accouchement spontané, en 1931, après un travail prolongé, d'un enfant de 3.500 gr.

Quatrième accouchement dystocique en 1932.

Rupture prématurée des membranes. *Douleurs irrégulières. Grosse antéversion utérine. Tête très ossifiée.* Travail prolongé. Accouchement par les voies naturelles d'un garçon de 3.950 gr. qui crie aussitôt.

Le passage à frottement de la tête est attesté par une petite escharre sur le pariétal gauche (postérieur) et, sur le pariétal droit, par une petite bosse séro-sanguine.

Nous remarquons ici que les causes de la dystocie tiennent à la fois de la mère (antéversion, fréquente chez les multipares à tonicité musculaire abdominale et utérine insuffisantes et entraînant un décalage entre les axes de la présentation et du détroit supérieur), et du fœtus (gros enfant et surtout tête non malléable parce que très ossifiée).

OBSERVATION VI

Sextipare. Antécédents rachitiques. *Promontoire accessible.*

Premier accouchement spontané en 1907; avortement d'un fœtus de 4 mois.

Deuxième accouchement spontané en 1909, à terme, d'un garçon mort-né (siège).

Troisième accouchement spontané en 1912, à terme, d'une fille mort-née (siège).

Quatrième accouchement spontané en 1919, à terme, d'une fille mort-née (siège).

Cinquième accouchement spontané en 1925, à terme, d'une fille de 3.450 gr., morte à 11 mois de pneumonie.

Sixième accouchement dystocique, en 1927.

Bonnes douleurs. *Présentation du front.* Malgré de bonnes contractions, la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur. Césarienne haute. On extrait une fille de 3.800 gr. qui crie aussitôt. Notons ici l'efficacité de l'intervention réalisée. Après un travail de 4 heures et demie, et trois quarts d'heure seulement après la rupture artificielle de la poche des eaux, la femme conserve, sans grand risque, un enfant vivant, alors que ses cinq premiers accouchements avaient été autant d'échecs.

OBSERVATION VII

Quintipare. Femme hérédo-syphilitique avec antécédents rachitiques. *Promontoire facilement accessible.*

Premier accouchement spontané en 1925, à terme, d'une fille de 3.000 gr., morte à 4 jours.

Deuxième accouchement spontané, en 1927, à terme, d'un garçon de 3.500 gr., bien portant.

Troisième accouchement spontané, en 1928, à terme, d'un garçon de 3.800 gr. bien portant.

Quatrième accouchement spontané, en 1929, à terme, d'une fille de 3.000 gr., morte à 1 an après une rougeole.

Cinquième accouchement dystocique, en 1934.

Bonnes douleurs. *Utérus globuleux et antéversé. Tête mal fléchie, fortement inclinée sur son pariétal antérieur.* Puis signes de souffrance fœtale. Césarienne basse après rachi-anesthésie et extraction d'une fille de 3.500 gr. qui ne tarde pas à crier.

OBSERVATION VIII

Quintipare.

Premier accouchement spontané en 1922, à terme, d'un garçon de 3.240 gr. mort à 4 mois de gastro-entérite aiguë.

Deuxième accouchement spontané en 1923, à terme, d'un garçon de 3.000 gr. bien portant.

Troisième accouchement spontané en 1926, à terme, d'un garçon de 3.200 gr. bien portant.

Quatrième accouchement spontané en 1928, à 8 mois, d'une fille morte à 17 jours.

Cinquième accouchement dystocique en 1931 : après un travail prolongé, la tête est à peine fixée au détroit supérieur, *malgré des contractions utérines hypertoniques*, difficilement calmées par morphine et pantopon. Chevauchement des pariétaux. Volumineuse bosse séro-sanguine. Césa-

rienne basse après rachi-anesthésie. On extrait une fille de 3.720 gr. qui crie aussitôt. L'enfant présente sur la région pariéto-temporale droite les traces de la compression successive du promontoire.

OBSERVATION IX

Sextipare.

Premier accouchement en 1908, à terme, après plusieurs applications de forceps, d'un enfant mort.

Deuxième accouchement spontané en 1911, à terme, d'une fille de 3.000 gr.

Troisième accouchement spontané, en 1913, à terme, d'un garçon de 3.300 gr.

Quatrième accouchement spontané en 1920, à 7 mois, d'un fœtus qui n'a pas survécu.

Cinquième accouchement spontané en 1921, à terme, d'une fille de poids non déterminé.

Sixième accouchement dystocique en 1928 :

Bonnes douleurs. *Obliquité utérine très marquée. Tête dure, mal fléchie et descendant en asynclitisme antérieur.* Distension et œdème du segment inférieur, sans progression appréciable de la présentation. Césarienne basse et extraction d'une fille de 4.200 gr. qui naît un peu étonnée, mais ne tarde pas à crier.

OBSERVATION X

Septipare. Léger rétrécissement du bassin.

Premier accouchement spontané en 1907, à 7 mois et demi, d'un enfant nourri au sein et vivant.

Deuxième accouchement spontané en 1909, à 8 mois, d'un enfant nourri au sein et vivant.

Troisième accouchement spontané en 1910, à terme, d'un enfant nourri au sein et vivant.

Quatrième accouchement spontané en 1912, à terme, d'un enfant nourri au sein et vivant.

Cinquième accouchement spontané en 1914, à terme d'un enfant nourri au sein et vivant.

Sixième accouchement spontané en 1916, à terme, après un travail prolongé, d'un enfant vivant qui meurt cinq jours après.

Septième accouchement dystocique en 1918.

Tête dure. Mal fléchie (présentation du front) descendant à frottement avec grosse bosse séro-sanguine. Léger œdème du segment inférieur. *Arrêt des contractions utérines*. Forceps (Tarnier grand modèle). Un enfant de 3.600 gr. est extrait en état de mort apparente. Il ne peut être ranimé.

Huitième gestation dystocique en 1926. Malgré de bonnes contractions et une bonne orientation de la tête, celle-ci reste mobile au-dessus du détroit supérieur. Après un travail abrégé on fait une césarienne basse, après anesthésie au chloroforme. On extrait un garçon de 3.600 gr. en état de mort apparente, ranimé au bout d'un quart d'heure. La femme succombe au cours de l'opération. L'enfant mourra le septième jour.

Le pronostic chez ces multipares doit donc, toutes choses égales, être systématiquement réservé.

OBSERVATION XI

Septipare. Stigmates d'hérédo-syphilis. Promontoire accessible.

Premier accouchement en 1914, à terme et après forceps, d'une fille bien portante.

Deuxième accouchement spontané en 1916, à 7 mois, d'une fille qui a survécu.

Troisième accouchement en 1921, à terme et après trois applications de forceps, d'un enfant bien portant.

Quatrième accouchement en 1929, à terme, après une application de forceps, d'une fille bien portante.

Cinquième grossesse : avortement en 1933 d'un fœtus de 5 mois.

Sixième grossesse : avortement en 1933 d'un fœtus de 2 mois et demi.

Septième accouchement en 1935 : atonie utérine complète et irréductible.

La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur et en raison d'un début de souffrance fœtale, on fait une césarienne basse qui permet d'extraire une fille de 3.730 gr.

OBSERVATION XII

Sextipare. Stigmates d'hérédosyphilis. Promontoire accessible.

Premier accouchement spontané en 1927, d'un garçon né à terme.

Deuxième accouchement spontané en 1929, à terme, après un travail long, d'une fille de 4.030 gr., morte à 14 mois de méningite avec convulsions.

Troisième accouchement en 1931, à terme, après une prise de forceps, d'un garçon de 4.000 gr. mort à 12 mois de convulsions.

Quatrième accouchement spontané en 1932, à terme, d'une fille de 4.200 gr., morte à 13 mois de broncho-pneumonie.

Cinquième accouchement spontané en 1933, à terme, d'un garçon de 4.500 gr., après traitement anti-syphilitique.

Sixième accouchement dystocique en 1934 : inertie utérine. Tête fixée au détroit supérieur, mais ne présentant aucune tendance à l'engagement. Bosse séro-sanguine. Signes de souffrance fœtale. Césarienne basse. Extraction d'une fille morte qu'on ne ramène pas à la vie.

Notons enfin qu'en 1935, après traitement au novar et au Quinby, cette femme fit une grossesse gémellaire bivitelline et accoucha de deux filles de 3.060 gr. et 3.350 gr. en présentation du siège.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle nous montre, en même temps que les deux précédentes, la fréquence de l'inertie utérine ou du moins de la paresse du muscle utérin chez ces grandes multipares. Nous y voyons également la relation indéniable entre de gros enfants ou une grossesse gémellaire et une syphilis héréditaire cliniquement reconnue.

Ces observations, par ailleurs, permettent d'établir quelques chiffres et d'en extraire certains enseignements importants spécialement au point de vue pronostic.

Les douze observations précédemment exposées s'échelonnent sur une période de près de 30 ans (1907 à nos jours). Elles correspondent à un total de 58 accouchements, sur lesquels 13 furent dystociques. Ces derniers sont ainsi répartis :

Obs. I. — Dystocie pour le *troisième* accouchement (forçeps), les deux premiers ayant été normaux, du moins au point de vue physiologie obstétricale pure (enfants morts).

Obs. II. — Dystocie pour le *deuxième* accouchement (rupture utérine), le premier ayant été normal.

Obs. III. — Dystocie pour le *deuxième* accouchement (césarienne décidée mais accouchement spontané).

Obs. IV. — Dystocie pour le *quatrième* accouchement (travail prolongé) (césarienne décidée mais accouchement spontané) ; les deux premiers ayant été « prématurés », ils ont moins de valeur ; le troisième a été normal.

Obs. V. — Dystocie pour le *quatrième* accouchement (travail prolongé), les trois premiers ont été normaux, quoique lents.

Obs. VI. — Dystocie pour le *sixième* accouchement (césarienne haute), la première grossesse s'étant terminée par un avortement de 4 mois, les trois autres accouchements (siège) et le quatrième (sommet) s'étant terminés par les voies naturelles, sans cependant qu'aucun des enfants survive.

Obs. VII. — Dystocie pour le *cinquième* accouchement (césarienne basse), les autres s'étant terminés normalement.

Obs. VIII. — Dystocie pour le *cinquième* accouchement (césarienne basse), les autres s'étant terminés normalement, à part un accouchement prématuré pour le quatrième.

Obs. IX. — Dystocie pour le *sixième* accouchement (césarienne basse), les autres s'étant terminés normalement, à part un accouchement prématuré à 7 mois pour le quatrième.

Obs. X. — Dystocie pour les *septième* et *huitième* accouchements (forceps et césarienne basse), les deux premiers ayant été prématurés (de 7 mois et demi et 8 mois) et les autres normaux.

Après sa septième gestation, terminée par un forceps n'ayant donné qu'un enfant mort, la femme redevient enceinte 8 ans après. L'enfant et la mère succombent, le premier à la suite de convulsions, la seconde pendant la césarienne basse. Nous touchons du doigt ici le danger de la multiparité et la nécessité où se trouve l'accoucheur de prévenir ces grandes multipares des risques que leur fait courir une nouvelle grossesse. Elles la paient souvent de leur vie, comme c'est le cas dans l'observation X.

Obs. XI. — Dystocie pour le *septième* accouchement (césarienne basse), le premier s'étant terminé par un forceps après un travail de 48 heures; le second par un accouchement prématuré à 7 mois; le troisième et le quatrième par un forceps; le cinquième et le sixième par un avortement de 5 mois et 2 mois et demi.

Obs. XII. — Dystocie pour le *sixième* accouchement (césarienne basse), les deux premiers ayant été normaux; le troisième, par contre, se termine par un forceps; les deux derniers sont normaux.

Sur ces 13 accouchements dystociques :

- le poids des enfants est à incriminer quatre fois (Obs. I, V, VII, IX).
- l'imprécision du mécanisme :
 - a) asynclitisme antérieur est à incriminer trois fois (Obs. IV, VII, VIII).
 - b) flexion défectueuse de la tête, à incriminer six fois (Obs. I, III, VI, VII, IX, X).
 - c) le décalage des axes de l'utérus et du détroit supérieur est à incriminer trois fois (Obs. V, VII, IX).
- les contractions utérines insuffisantes (inertie utérine) sont à incriminer 4 fois (Obs. III, X, XI, XII).
- les contractions utérines irrégulières sont à incriminer deux fois (Obs. I, V).
- les contractions utérines hypertoniques (faisant craindre rupture ou rétraction utérines) sont à incriminer deux fois (Obs. II, VIII).
- le volume exagéré de la tête fœtale est à incriminer trois fois (Obs. I, V, IX).
- le défaut de malléabilité de la tête, enfin, est à incriminer trois fois également (Obs. IV, V, X).
- gros enfant, flexion défectueuse de la tête et contractions utérines irrégulières sont réunis dans l'accouchement dystocique de l'obs. I.
- flexion défectueuse de la tête et contractions utérines insuffisantes sont réunies dans l'accouchement dystocique de l'obs. III.

- engagement de la tête en asynclitisme antérieur et défaut de malléabilité de la tête sont réunis dans l'accouchement dystocique de l'obs. IV.
- gros enfant, antéverson utérine, contractions utérines irrégulières et défaut de malléabilité de la tête sont réunis dans l'accouchement dystocique de l'obs. V.
- gros enfant, engagement de la tête en asynclitisme antérieur, flexion défectueuse et décalage des axes de l'utérus et du détroit supérieur sont réunis dans l'accouchement dystocique de l'obs. VII.
- asynclitisme antérieur et contractions utérines hypertoniques sont réunis dans l'accouchement de l'obs. VIII.
- gros enfant, flexion défectueuse de la tête et décalage des axes de l'utérus et du détroit supérieur sont réunis dans l'accouchement dystocique de l'obs. IX.
- flexion défectueuse de la tête, contractions utérines insuffisantes et défaut de malléabilité de la tête sont réunis dans l'accouchement dystocique de l'obs. X.

De tout ceci, il ressort que la dystocie ne se produit pour ainsi dire jamais pour le premier accouchement, c'est-à-dire lorsque la femme n'est que primipare, mais uniquement à l'occasion des accouchements ultérieurs. La dystocie est donc bien provoquée par la multiparité.

Le pronostic, chez ces multipares, doit donc, toutes choses égales, être systématiquement réservé et aucune précaution ne doit être négligée au moment de l'accouchement pour pouvoir intervenir aussi efficacement que possible en prévision d'une dystocie, à laquelle il faut toujours s'attendre, sans tabler sur l'issue favorable des accouchements antérieurs.

CONDUITE A TENIR

dans les viciations pelviennes

et spécialement dans les bassins limites

Les principales méthodes de traitement préconisées dans les viciations pelviennes, à terme et pendant le travail, quand l'accouchement spontané ne peut pas être ou n'est pas obtenu par l'expectation simple, sont :

A. — L'extraction par les voies naturelles non agrandies.

1° Sans réduction artificielle du crâne fœtal.

a) Forceps.

b) Version podalique interne.

2° Avec réduction artificielle du crâne fœtal.

Les embryotomies céphaliques.

B. — Les opérations chirurgicales destinées à permettre l'expulsion ou l'extraction fœtale au travers du bassin agrandi :

Les pelvitomies (symphysiotomie, pubiotomie).

C. — Opérations chirurgicales se proposant l'extraction fœtale au travers de la paroi abdominale et l'utérus sectionnés :

Les sections césariennes (conservatrices, haute et basse, et mutilatrices).

La conduite à tenir dans les bassins limites se résume, en pratique, en deux points principaux :

1° Le raccourcissement de l'épreuve du travail.

2° La césarienne « complaisante ».

Nous ne ferons que mentionner l'accouchement prématuré provoqué : faire naître un enfant viable au moment où ses dimensions céphaliques sont juste suffisantes pour qu'il puisse traverser la filière pelvienne sans y être sérieusement traumatisé, tel est son but. Ses indications sont ici tellement spéciales et difficiles à poser que nous n'y insisterons pas.

Le raccourcissement de l'épreuve du travail, au contraire, nous retiendra davantage.

L'épreuve du travail est une expectative volontaire, raisonnée, étudiée, mais armée, pratiquée dans l'intérêt de la femme et au cours de laquelle on suit les phases du conflit entre les forces qui s'opposent :

Résistance osseuse anormale, d'une part (élément statique) ;

Puissance utérine et réductibilité de la tête, d'autre part (éléments dynamiques).

Suivant l'issue de ce conflit, on assistera à l'accouchement spontané ou bien il faudra intervenir.

L'épreuve du travail est positive quand la présentation a franchi le détroit supérieur, autrement dit, pour le sommet, les bosses pariétales sont alors au-dessous de ce détroit.

L'épreuve du travail est négative dans le cas contraire et quand on a jugé opportun d'intervenir.

Trois problèmes sont donc à résoudre au cours de l'épreuve du travail :

1° Combien de temps faut-il prolonger l'épreuve du travail pour donner à la mère le maximum de chances d'accoucher spontanément d'un enfant vivant, et ne pas intervenir trop tard si l'on veut pratiquer une opération conservatrice sans danger pour la parturiente et la vie du fœtus ?

2° Quelles sont les données du problème commandant l'intervention ?

3° Quelle conduite tenir pendant l'épreuve du travail et quelle thérapeutique choisir si elle se révèle négative.

Avant d'essayer de résoudre ces problèmes, nous ferons un bref rappel de physiologie obstétricale.

La durée moyenne du travail normal est de 12 à 15 heures chez les primipares et de 6 à 8 heures chez les multipares.

Normalement, au début du travail, les douleurs apparaissent toutes les 15 ou 20 minutes durant quelques secondes; la dilatation avançant, elles se suivent toutes les 4 à 8 minutes et durent 30 à 50 secondes; puis leur intensité augmente; à la fin de la période de dilatation, elles sont les plus douloureuses, se suivant toutes les trois minutes et durant 50 à 60 secondes; pendant la période d'expulsion, elles durent 20 à 30 secondes toutes les 4 à 5 minutes. L'accouchement spon-

tané nécessite à peu près 50 douleurs. On verra à quel point les contractions sont souvent modifiées au cours de l'épreuve du travail dans tous leurs caractères et la thérapeutique indispensable de cette dystocie physiologique.

La dilatation, normalement, se fait progressivement et met autant de temps pour aller de 0 à 5 fr. que de 5 fr. à la dilatation complète. Au cours de l'épreuve du travail, elle est irrégulière, traînante, souvent même désespérante pour atteindre 5 fr., car elle est sous la dépendance des contractions souvent troublées, de la tête qui reste élevée très longtemps et de la poche des eaux qui se rompt souvent prématurément.

La poche des eaux, classiquement, dans l'accouchement normal, se rompt spontanément près de la dilatation complète. Elle contribue à la dilatation de l'orifice et à l'expulsion, s'oppose à la souffrance fœtale et protège contre l'infection. Au cours de l'épreuve du travail, il est très fréquent d'assister à la rupture prématurée des membranes.

C'est ainsi que dans les observations précédentes, nous relevons quatre cas de rupture précoce des membranes (Obs. I, II, VIII, X) et 2 cas de rupture prématurée (Obs. XI, XII).

Dans l'observation I, la poche des eaux se rompt spontanément, alors que l'utérus est dilaté entre 5 fr. et une petite paume, après un travail de près de 12 h.

Dans l'observation II, la poche des eaux se rompt spontanément, alors que l'utérus est dilaté entre 2 et 5 fr., après un travail de près de 12 heures.

Dans l'observation VIII, la poche des eaux se rompt

spontanément alors que l'utérus est dilaté comme 2 fr., après un travail de quelques heures seulement.

Dans l'observation X, la poche des eaux se rompt spontanément, alors que l'utérus est dilaté comme 5 fr., après un travail de 11 heures.

Dans l'observation XI, la poche des eaux se rompt spontanément, alors que le travail n'était pas encore commencé.

Dans l'observation XII, la poche des eaux se rompt spontanément, alors que le travail n'était pas encore commencé.

Conduite clinique de l'épreuve du travail. — On a donc conclu, en fin de grossesse, à l'existence d'un bassin paraissant limite; l'examen minutieux de la femme n'a relevé de contre-indication d'aucune sorte pour empêcher la femme de tenter la chance d'accoucher par les voies naturelles; on décide donc de faire l'épreuve du travail. Elle sera tentée en milieu chirurgical car il ne faut pas oublier que l'on pratique une expectative armée.

L'accoucheur suivra ce travail de très près et comparera surtout chaque examen avec l'examen précédent où la notion de progrès dans la marche des phénomènes physiologiques et l'accommodation de la présentation au détroit supérieur importe beaucoup pour le pronostic et le diagnostic d'intervention.

A terme, et pendant l'épreuve du travail, la conduite à tenir en présence d'un bassin limite, et chez une multipare, est toute spéciale et très différente de celle suivie chez une primipare.

Au début de cette épreuve, aucune opération provoquée sanglante ou non ne devra être pratiquée. La ligne de conduite à adopter, tout d'abord, sera l'expectative qui, dans bien des cas, se termine par l'accouchement spontané.

Pendant combien de temps conviendra-t-il de prolonger cette épreuve du travail au cours de laquelle vont s'affronter les éléments fixes du problème mécanique à résoudre (le bassin limite et la tête fœtale) et les impondérables (contractions utérines et malléabilité de la tête) ?

Nous donnerons à ce sujet les opinions de quelques auteurs :

WALLICH :

L'expectative demande à être judicieusement observée, elle peut être prolongée plus longtemps chez la primipare que chez la multipare dont l'utérus est plus aminci et moins résistant. Il faut attendre, voir l'effet des forces naturelles, laisser, pour ainsi dire, la tête elle-même mesurer le bassin, mais il ne faut pas, dans cette attente, laisser se produire la mort du fœtus ou la rupture de l'utérus. L'art qui ne peut être enseigné par aucune théorie consiste à éviter ces deux écueils.

BUMM (deuxième édition française) parle :

De laisser agir les forces naturelles jusqu'à l'extrême limite du possible.

MAYGIER et SCHWAAB :

Quand la dilatation est complète, attendre longtemps tant que le fœtus ne souffre pas, la fixation par le modelage

et l'engagement de la tête sous l'influence des efforts de la femme. L'expectative pendant le travail doit cesser quand une des conditions suivantes est réalisée : tête manifestement volumineuse, procidence du cordon, état général ou local grave chez la mère.

VORON (Quatrième édition. *Pratique de l'Art des Accouchements*).

Il est difficile de donner à l'égard de la durée de l'épreuve du travail une formule fixe car la décision dépend des circonstances en présence desquelles on se trouve et qui varient avec chaque cas particulier. COMMANDEUR (3 édition de ce traité) donne les précisions suivantes : si la disproportion est peu marquée, on se bornera à l'expectation jusqu'à dilatation complète. Si la tête se fixe sans déborder le détroit supérieur, on rompra artificiellement les membranes et on attendra 2 ou 3 heures en surveillant les progrès de la présentation. Cette durée de 2 ou 3 heures après dilatation complète et membranes rompues semble, en effet, correspondre à ce qu'il est raisonnable d'attendre; mais il conviendra de la raccourcir quand la tête reste élevée ou s'oriente mal ou que sa progression commencée s'arrête.

DUBRISAY et JEANNIN (6 édition) :

Si l'on a affaire à une multipare avec bassin plat, un fœtus pas trop volumineux et un utérus se contractant vigoureusement, l'expectative est permise; il faut, dans ce cas, suivre attentivement la marche de l'engagement et, en particulier, l'évolution suivie par la suture sagittale.

Plus intéressante est la littérature parue depuis l'avènement et la pratique en série de la césarienne basse. Tel auteur attend simplement pendant un cer-

tain temps la marche du travail et, au bout de ce temps, si la tête n'est pas engagée, il considère l'épreuve comme terminée.

Tel autre attend la rupture de la poche des eaux, une dilatation du col jusqu'à un certain degré et observe si sous l'influence de bonnes douleurs la tête entre dans le bassin; sinon il se sert de l'impression manuelle de la tête dans le bassin; si par cette manœuvre la tête n'entre pas quand la dilatation est complète, il opère; si elle descend, il attend encore.

Pour KELLER (Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier) :

L'épreuve du travail doit se faire sans la rupture de la poche des eaux; mais si les douleurs sont régulières pendant un certain temps, il rompt la poche des eaux à 5 fr. pour faciliter la configuration de la tête, la formation de la bosse séro-sanguine, l'allongement de la tête et le chevauchement des pariétaux.

Pour ODAGESCO (Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique du 9 septembre 1936) :

C'est à dilatation complète que l'on fera la rupture de la poche des eaux. Si après la tête ne descend pas : césarienne. Si rupture prématurée de la poche des eaux et non progression de la tête et de la dilatation, il déconseille de prolonger l'épreuve du travail.

Pour DEVRAIGNE (Journal de Médecine et Chirurgie Pratique du 10 juin 1929).

Une épreuve du travail pour avoir toute sa valeur et pour bien démontrer la non perméabilité d'un bassin a besoin d'être suffisamment prolongée. Il faut que les contractions utérines efficaces puissent, après plusieurs heures

de rupture des membranes, favoriser la parfaite adaptation de la tête au détroit supérieur. L'épreuve du travail échoue si, après plusieurs heures, la tête occupe toujours la même situation au détroit supérieur.

Pour BALARD et MOHON (Marseille Médical n° 22-1928).

Une épreuve du travail ne doit être tenue comme valable que si le col est complètement dilaté ou dilatable et surtout si les membranes sont rompues, elle n'a pour solution que l'accouchement spontané ou la césarienne basse.

BENSIMON-TOBY (Thèse Nancy 1931) :

L'épreuve du travail ne peut être jugée qu'à dilatation complète et membranes rompues ou, si la rupture est précoce, à partir d'une paume. C'est à ce moment seulement que la contraction devient efficace et oppose la tête au détroit supérieur; plus tôt, la contraction utérine ne fait qu'augmenter la pression intra-utérine sans appliquer beaucoup la tête sur le bassin.

Donnons maintenant quelques précisions sur la conduite de l'épreuve chez ces multipares à bassin limite, en nous reportant à certaines de nos observations assez significatives :

OBSERVATION I

Après un début de travail normal, la femme présente un col dilaté de 5 fr. à une petite paume. Puis le travail devient plus lent, les douleurs sont moins bonnes. La dilatation reste stationnaire après la rupture spontanée de la poche des eaux; un liquide vert s'écoule; les battements du cœur fœtal sont rapides. La tête mal fléchie reste mobile au-

dessus du détroit supérieur. On estime dans ces conditions, que le travail, prolongé d'une épreuve de près de 10 heures, s'avère inutile et dangereux pour la mère et l'enfant.

On termine par un forceps.

OBSERVATION II

Cette observation, dont nous n'avons pu retrouver le texte intégral, nous permet, toutefois, d'insister sur les risques plus rapides de rupture qui guettent ces multipares, et sur les signes « précurseurs et réels » de rupture.

La rupture utérine, au cours du travail, est presque toujours spontanée, plus rarement provoquée. Elle est surtout grave par ses conséquences : hémorragie (à laquelle pare l'hystérectomie) ou péritonite qui, elle, est généralement mortelle.

— Multiparité.

— Obstacle pelvien ou foetal devant lequel l'utérus se cabre.

— Travail prolongé autant qu'inefficace.

Telles sont les conditions qui la réalisent habituellement. Au point de vue anatomique, l'utérus présente un aspect spécial « en sablier » dû à ce que, sous l'influence de contractions utérines, plus fortes, le corps utérin plus épais et plus musclé que le segment inférieur, s'épaissit et s'étrangle à la limite des deux. Au point de vue clinique, la rupture utérine se reconnaît à un effet de « contraste » frappant : la femme, jusque-là en état de travail violent et douloureux, devient brusquement plus calme; elle ne souffre plus ou du moins les contractions deviennent moins douloureuses. L'utérus brusquement s'est arrêté de fonctionner et le travail n'avance plus. Dès que la rupture est surve-

nue, le fœtus, qu'il reste dans la cavité utérine, qu'il en sorte, ou qu'il ait une partie dans l'utérus et l'autre en dehors, meurt.

La palpation de la femme, à ce moment, révèle des « silhouettes » nouvelles : des masses adjacentes, des voussures insolites apparaissent, telle la saillie du segment inférieur au-dessus du pubis. Certaines parties fœtales (membres) sont directement palpables à travers la paroi abdominale sans interposition d'utérus semble-t-il. L'auscultation nous révèle la disparition de tout battement. Quant au toucher manuel, s'il est possible, il constitue le seul signe de certitude de la rupture : il révèle généralement un changement dans la topographie des pôles de présentation : tantôt le pôle de présentation a disparu avec le fœtus, tantôt ce pôle est plus élevé et aussi plus mobile qu'auparavant.

OBSERVATION III

Ici, malgré un bon travail efficace de 10 heures, la tête dure et mal fléchie reste mobile au-dessus du détroit supérieur. Seules de vigoureuses contractions survenues à l'occasion d'un lavage permettent l'accouchement spontané alors qu'on s'apprêtait à faire une césarienne.

OBSERVATION IV

Grâce à un travail de 13 heures et de très bonnes douleurs, la femme réussit à accoucher spontanément, après passage à frottement d'une tête mal orientée.

OBSERVATION VII

Après une épreuve de plus de 12 heures, la tête, mal « offerte » au détroit supérieur (antéversion) reste mobile;

les battements fœtaux rapides et étouffés, la mauvaise flexion de la tête et sa mauvaise orientation, font poser l'indication d'une césarienne basse.

OBSERVATION VIII

Ici, après un travail de plus de 24 heures, pendant lequel les battements fœtaux sont restés normaux, la tête est toujours mobile, l'hypertonie utérine presque irréductible, inefficace et dangereuse fait poser l'indication d'une césarienne basse.

Nous concluerons, avec M. le Professeur FRUHINS-HOLZ, que chez une multipare à bassin limite, l'épreuve du travail doit être surveillée de très près et raccourcie. Alors que chez une primipare à bassin limite, celle-ci peut être prolongée en moyenne jusqu'à la 15^e heure, chez une multipare, au contraire, à cause du danger constant de la rupture utérine, elle ne doit pas dépasser 4 ou 5 heures. Si, à ce moment, la présentation n'a pas bougé et si la tête déborde toujours au-dessus du pubis et reste mobile au-dessus du détroit supérieur, si *a fortiori* le fœtus souffre ou si l'on craint un début d'infection amniotique, il faut prendre toutes dispositions utiles pour commencer l'opération de choix.

COMMENT INTERVENIR ?

Autrefois, avant l'ère chirurgicale, les accoucheurs n'avaient pas le choix : ils pratiquaient l'accouchement prématuré provoqué. Ils provoquaient le travail à une époque de la gestation où ils pensaient que l'accouchement pouvait permettre la naissance d'un enfant viable et non traumatisé.

Mais cette conduite se heurtait à de graves inconvénients qui expliquent ses résultats peu favorables. Il est, en effet, difficile d'apprécier le volume du fœtus et de préciser son âge *in utero*. D'où le risque d'intervenir trop tôt et d'obtenir un enfant de viabilité restreinte, ou trop tard, d'où dystocie et traumatisme parfois mortel du fœtus. C'est pourquoi l'accouchement prématuré provoqué n'est plus guère utilisé dans ces cas. Il a fait place à d'autres interventions, qui sans augmenter les risques courus par la mère, comportent un excellent pronostic fœtal.

C'est d'abord la césarienne. Dans ces cas, en effet, chez ces femmes ayant eu des accouchements antérieurs dystociques, la césarienne peut être prévue dès la gestation. La femme sera donc placée dans les meilleures conditions possibles et les résultats de l'hystérotomie qu'elle soit pratiquée suivant la technique de la césarienne corporéale ou de la césarienne segmentaire, seront excellents.

Il existe une autre thérapeutique possible (thérapeutique peu en faveur ces dernières années mais à la-

quelle certains perfectionnements techniques ont donné récemment une nouvelle vogue). Je veux parler des pelvitomies, pubiotomies et surtout symphysiotomies, suivant la méthode sud-américaine, symphysiotomie dite partielle ou sous-cutanée.

Ces opérations peuvent donner, chez ces multipares atteintes de bassin limite, d'excellents résultats, mais leur emploi ne saurait être généralisé comme celui de la césarienne. Elles réclament, en effet, des conditions nombreuses qui ne sont pas toujours réalisées et ce n'est que dans des cas assez particuliers que leurs indications peuvent contrebalancer celles de la césarienne.

En résumé, chez les femmes présentant un rétrécissement limite du bassin, il faut en règle générale :

1° Chez les primipares, tenter l'épreuve du travail.

2° Chez les multipares, tenter également l'épreuve du travail, mais abrégée, en tenant compte de l'évolution des accouchements antérieurs et, si ceux-ci ont été dystociques, conclure, en général, à la césarienne, exceptionnellement, à la pelvitomie.

Il faut maintenant ajouter à cette règle générale un corollaire. Je n'ai envisagé, dans les lignes précédentes, que les cas où l'accoucheur se trouve dans les meilleures conditions pour intervenir, les cas qui comprennent les femmes surveillées pendant leur gestation et leur travail, les cas, en un mot, où la thérapeutique à appliquer est la meilleure tant pour la mère que pour l'enfant, et où l'intervention, quand elle devient néces-

saire, est l'intervention que l'on peut choisir, l'intervention d'élection. Il n'en est pas toujours ainsi.

Trop souvent l'accoucheur se trouve en présence d'une femme qui n'a pas été surveillée pendant sa grossesse. La viciation pelvienne peut avoir été méconnue. Soit ignorance, soit négligence, on a laissé la femme entrer en travail, prolonger son travail pendant des heures, des jours. Parfois des manœuvres intempestives (tentatives de forceps au détroit supérieur) sont tentées et échouent.

Et c'est alors, mais alors seulement (c'est-à-dire bien trop tard) que l'on appelle un spécialiste et que l'on adresse la femme à l'hôpital.

L'accoucheur se trouve ici placé dans de très mauvaises conditions. Il ne peut plus indiquer l'opération d'élection, qui, faite à temps, aurait, au mieux, sauvé la santé de la mère et de l'enfant. Il en est réduit à des pis-aller, à des opérations appelées à cause de cela « de nécessité », qui ne donnent que trop souvent des résultats peu satisfaisants.

Dans ces conditions, plusieurs cas peuvent se présenter :

1° L'enfant peut avoir succombé. La basiotripsie est alors indiquée. Mais il faut savoir qu'en pareil cas, chez des femmes déjà infectées, fatiguées, la mortalité maternelle est relativement considérable. Il arrive même que la contracture utérine soit telle que l'extraction du fœtus ne puisse être terminée par voie basse et que la laparotomie (bien dangereuse dans ces cas) devienne nécessaire.

2° L'enfant est vivant. Les anciens accoucheurs recouraient à la version ou au forceps. Mais la version, outre ses dangers de traumatisme fœtal, est le plus souvent contre-indiquée parce que les membranes sont rompues depuis longtemps, parce qu'il y a contracture, parfois menace de rupture utérine. Quant au forceps appliqué au détroit supérieur dans un bassin rétréci, il ne représente, presque toujours, qu'une basiotripsie déguisée.

En réalité, c'est à l'intervention chirurgicale qu'il faut recourir et la pelvitomie peut trouver là une utile indication lorsque ses conditions se trouvent réalisées. Sinon c'est à la césarienne qu'il faut avoir recours. Mais chez ces femmes presque toujours fébriles, à infection amiotique manifeste, la césarienne conservatrice doit être rejetée. Il faut recourir aux interventions mutilatrices, césariennes suivies d'hystérectomie, à moins que les conditions soient telles que l'on puisse essayer de conserver l'utérus par l'opération de PORTES : césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus.

Voilà, très schématiquement esquissées, les données qui doivent présider à la thérapeutique dans les rétrécissements pelviens du type limite.

Les résultats obtenus respectivement dans les opérations d'élection et dans les opérations de nécessité montrent *l'importance capitale de la surveillance de la femme*. Le médecin ou la sage-femme doit diagnostiquer le rétrécissement pelvien pendant la gestation, s'attacher à surveiller cette femme régulièrement, la

faire entrer en milieu chirurgical au moment de son accouchement pour que la marche du travail soit surveillée de très près et que l'on puisse recourir, au bon moment, s'il y a lieu, à l'opération d'élection. C'est ainsi et ainsi seulement que le pronostic tant maternel que fœtal sera le plus favorable et que pourront être écartées les interventions (trop souvent désastreuses dans leurs résultats) dites de nécessité.

L'opération césarienne supprime, en effet, le passage de l'enfant dans la filière pelvienne. Elle n'aborde pas l'obstacle, elle le tourne, mais au prix d'une intervention sanglante qui, si elle donne le maximum de sécurité à l'enfant, entraîne pour la mère des dangers immédiats et éloignés que l'asepsie et les progrès de la technique ont diminués dans une large mesure mais n'ont pas cependant éliminés entièrement.

Nous étudierons successivement les avantages et les inconvénients de la césarienne en général en rappelant que chez les multipares à bassin limite on doit tenter une épreuve du travail abrégée et se tenir prêt à faire une césarienne dès qu'on a acquis la conviction que l'accouchement par les voies naturelles ne se fera pas ou sera très difficile et par conséquent dangereux pour la mère et l'enfant.

1° Avantages.

On peut dire qu'il n'y en a qu'un, mais il est capital. Les risques courus par l'enfant sont en principe nuls dans tous les cas où il n'a pas souffert avant l'intervention, et la mortalité fœtale du fait de la césarienne

doit être considérée comme égale à zéro si l'on intervient avant tout début de travail ou au commencement de celui-ci. Il n'en va pas de même si l'hystérotomie est pratiquée comme traitement de nécessité au cours d'un accouchement commencé depuis plusieurs heures. La vitalité du fœtus peut alors être compromise, même s'il n'a pas donné de signes nets de souffrance.

2° Inconvénients.

Le plus important est le risque couru par la mère. Notons, toutefois, que la mortalité maternelle s'améliore d'autant plus que les statistiques sont plus récentes.

Personnellement, d'après les quelques observations précitées, nous observons un cas de décès, que nous avons déjà cité en parlant du pronostic maternel (Observation X, 8^e gestation). Une deuxième série d'inconvénients est constituée par la moindre fécondité des femmes qui ont été une première fois hystérotomisées. Cette diminution est souvent volontaire, tous les accoucheurs connaissant la répugnance qu'ont ces malades à affronter une nouvelle grossesse qu'elles savent devoir se terminer par la même intervention. Elle peut aussi être due à une modification des conditions normales de la greffe de l'œuf par la présence de la cicatrice. De plus, bien qu'on ait publié de nombreux cas où la césarienne a été faite 2, 3 ou même 4 fois chez la même femme, le nombre des grossesses que peut supporter un utérus cicatrisé n'est pas indéfini et un mo-

ment vient, plus ou moins tôt suivant l'état de la cicatrice, où il faudra entrevoir la nécessité de stériliser ces femmes.

Les suites éloignées de la césarienne sont, les unes sans grande gravité : éventration et surtout adhérences de l'utérus à la paroi et à l'intestin, ou de l'intestin à la paroi, dangereuses seulement si l'on a à pratiquer une opération itérative; les autres, au contraire, beaucoup plus graves : nous voulons parler de l'insuffisance de la cicatrice et de la rupture utérine qui peut en être la conséquence au cours d'une nouvelle grossesse ou du travail qui la termine.

CONCLUSIONS

— Une épreuve de travail favorable dans un cas de bassin limite ne vaut que pour l'accouchement où elle est mise en œuvre. Elle ne garantit pas le succès des accouchements à venir.

— Il arrive, chez un certain nombre de femmes, que plusieurs épreuves successives mêmes, ne constituent pas une garantie pour l'avenir.

— C'est ainsi qu'on voit des dystocias de bassin limite n'apparaître que tardivement à la 4^e, 5^e, 6^e épreuve.

— Cette dystocie tardive et inattendue peut tenir à un excès de volume de l'enfant ou de sa tête ou à une inertie de contraction.

— Elle tient le plus souvent à une anomalie de mécanisme, celui-ci se trouvant faussé à la faveur de la multiparité (anté ou latéro-version; inclinaisons anormales de l'utérus ou de la tête).

— Elle est enfin fonction du risque de rupture utérine qui croît avec la multiparité et qui tend progressivement à raccourcir l'épreuve c'est-à-dire à réduire les chances d'accouchement spontané.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique de l'art des accouchements, BRINDEAU.

Traité de l'art des accouchements, TARNIER.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris 1930 : « L'épreuve du travail dans les bassins limites à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière », P. ATTAIX.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris 1934 : « L'épreuve du travail dans les bassins limites », R.-L.-C. DORMAY.

La Puériculture (numéro du 25 juillet 1932), R. DESNOYERS.

L'épreuve du travail et les moyens d'en préciser les limites
(*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*,
juin 1934), R. KÆNIG.

Traité d'Obstétrique, A. RIBEMONT-DESSAIGNES et G. LEPAGE.

Eléments d'Obstétrique, WALLICH.

Précis d'Obstétrique, FABRE.

L'Accoucheur moderne, METZGER.

Thérapeutique obstétricale, JEANNIN.

*Déformations de la tête fœtale après l'accouchement dans les
viciations pelviennes*, 1932, BUC.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratique (10 juin 1929),
DEVRAIGNE.

De l'accouchement dans les bassins à limites étroites (*Bulletin Médical* du 16 mars 1902), PINARD.

Résultats et indications de 180 sections césariennes (*La Gynécologie*, 1935), KELLER et BOHLER.

Des indications de la césarienne basse, KELLER (*Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1932).

L'épreuve du Travail (*Bulletin de la Société de Gynécologie et Obstétrique*, Strasbourg, 1931), KELLER.

Les ruptures de l'utérus ayant subi la césarienne (*Thèse de Paris*, 1932), ALBERTINI.

Revue Française de gynécologie et obstétrique, n° 9, septembre 1936, OGADESCO.

Du rôle de la césarienne basse dans le traitement des bassins limites (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine*, février 1928), BROUHA.

Quelle durée assigner à l'épreuve du travail dans les bassins limites? (*Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1921), RIVIÈRE et BOURSIER.

De la dystocie d'engagement du gros enfant chez les multipares obèses (*Thèse de Nancy*, 25 juillet 1932), SOUKMANOFF.

Dystocie par gros fœtus (*Presse Médicale*, Paris, 17 décembre 1927), BRINDEAU.

Contribution à l'étude du pronostic dans l'accouchement des gros enfants (*Thèse de Paris*, 1921), ALPHAND.

Les gros enfants au point de vue obstétrical (*Thèse de Paris*, 1897), DUBOIS.

Pratique médico-chirurgicale, art. Dystocie, P^r FRUHINSHOLTZ.

Considérations sur les changements de situation de l'utérus à terme ou près du terme (IX^e congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, Alger, 15-17 avril 1935), SHEORGIN.

La rachi-anesthésie dans la césarienne basse (*Revue Française de Gynécologie et d'obstétrique* 1929, pages 350-360), S. TASSOVATZ.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction	5
Le Bassin limite	7
Mécanisme de l'accouchement dans le bassin limite	21
Pronostic de l'accouchement dans les rétrécissements limites du bassin et facteurs qui en font varier le résultat	29
Pronostic maternel et fœtal	51
Observations	71
Critique des observations.	
Conduite à tenir dans les viciations pelviennes et spécia- lement dans les bassins limites	83
Conduite clinique de l'épreuve du travail.	87
Comment intervenir	95
La Césarienne	99
CONCLUSIONS	103
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	105

Vu :

Nancy, le 17 Février 1937.

Le Président de la Thèse :

FRUHINSHOLZ.

Vu et approuvé

Nancy, le 17 Février 1937.

Le Doyen de la Faculté de Médecine

L. SPILLMANN

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 18 Février 1937.

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

